

**República Dominicana**  
**UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA - UNIBE**



**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**Escuela de Medicina**

**Proyecto Final para optar por el título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria**

**Título:**

Prevalencia de depresión y ansiedad tras la pandemia del COVID – 19 en los médicos residentes del Hospital General de la Plaza de la Salud, Santo Domingo, Rep. Dom. Año académico 2022-2023

**Realizado por:**

**Patricia Fontal Prensia 20-1109**

**Jennifer Luzón Volquez 20-1100**

**Asesores:**

**Dra. Violeta Gonzalez Pantaleón, asesor Metodológico**

**Dra. Ana Consuegra, asesor de contenido**

Los conceptos expuestos en la presente investigación son de la exclusiva responsabilidad de los sustentantes de la misma.

**Santo Domingo, D.N.**

**2023**

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD TRAS LA PANDEMIA DEL COVID – 19  
EN LOS MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE LA PLAZA DE LA  
SALUD, SANTO DOMINGO, REP. DOM. AÑO ACADÉMICO 2022-2023”**

## Índice

Resumen .....	5
Abstract: .....	6
INTRODUCCIÓN .....	7
CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA.....	8
1.1 Planteamiento del problema .....	8
1.2 Preguntas de Investigación.....	11
1.3 Objetivo general y específico .....	12
1.3.1 Objetivo General .....	12
1.3.2 Objetivos Específicos.....	12
1.4.- Justificación. ....	13
1.5 Limitaciones .....	15
CAPÍTULO 2.- MARCO TEÓRICO.....	16
2.1 Antecedentes y Referencias.....	16
2.2 Marco Conceptual .....	18
2.2.1 COVID-19 .....	20
2.2.2 Síntomas .....	23
2.2.3 Causas.....	24
2.2.4 Complicaciones .....	25
2.2.5 Tratamientos .....	25
2.2.6 COVID y Salud Mental.....	27
2.2.7 Ansiedad .....	28
2.2.7 Depresión .....	31
2.3 Contextualización.....	33

2.3.1 Reseña del Hospital .....	33
CAPÍTULO 3.- DISEÑO METODOLÓGICO .....	36
3.1 Contexto o Demarcación geográfica .....	36
3.2 Tipo de estudio .....	36
3.3 Operacionalización y Variables .....	37
3.4 Universo .....	38
3.5 Muestra.....	38
3.6 Métodos de investigación.....	38
3.7 Instrumentos de recolección de datos.....	38
3.8 Consideraciones éticas .....	38
3.9 Criterio de inclusión .....	38
CAPÍTULO 4.- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	40
4.1.- Resultados .....	40
CAPÍTULO 5.- DISCUSIÓN .....	43
5.1.- Conclusiones .....	48
CAPÍTULO 6.- RECOMENDACIONES .....	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	51

## Resumen

**Introducción:** Este estudio examinó la salud mental de los médicos residentes del Hospital General de la Plaza de la Salud expuestos a la COVID-19. La pandemia ha planteado desafíos emocionales y psicológicos para estos profesionales de la salud, y comprender el impacto en su bienestar es fundamental para implementar medidas de apoyo adecuadas. El objetivo del estudio fue analizar los síntomas de depresión y ansiedad, identificar los trastornos más comunes y proponer medidas preventivas para mejorar la salud mental de los médicos residentes. **Métodos:** Se utilizó un enfoque observacional y descriptivo a través de una encuesta transversal. La muestra estuvo compuesta por 116 participantes de diversas especialidades médicas, y se aplicaron las escalas de depresión de Zung y Beck para evaluar los síntomas depresivos, así como una escala de ansiedad. Se recopiló información demográfica y se analizó estadísticamente utilizando métodos descriptivos y pruebas de inferencia. **Resultados:** Podemos observar que la mayoría de los participantes eran de género femenino, con 46 participantes masculinos, lo que representa un porcentaje del 39.7%, y 70 participantes femeninos, con un porcentaje del 60.3%. De los 116 Participantes, 102 obtuvieron datos de grado de ansiedad o depresión correspondiente a un 88% y solo 14 participantes correspondiente a un 12% obtuvieron datos de no presentar síntomas de depresión o no ansiedad en las escalas utilizadas. **Discusión:** Los hallazgos indican que, aunque la mayoría de los médicos residentes presentaron un nivel de depresión y ansiedad dentro de los límites normales, existe un grupo significativo que experimenta síntomas más severos. Estos resultados son consistentes con investigaciones previas sobre el impacto de la pandemia en la salud mental de los profesionales de la salud. Se discuten las implicaciones de estos hallazgos y se proponen medidas preventivas, como programas de apoyo psicológico, capacitación en gestión del estrés, fortalecimiento de la comunicación institucional, flexibilidad en la carga de trabajo, educación sobre salud mental y promoción de redes de apoyo.

**Palabras clave:** médicos residentes, COVID-19, salud mental, depresión, ansiedad, síntomas asociados, programas de apoyo, capacitación en gestión del estrés, comunicación institucional, redes de apoyo.

## **Abstract:**

**Introduction:** This study examined the mental health of resident physicians at Plaza de la Salud General Hospital exposed to COVID-19. The pandemic has posed emotional and psychological challenges for these healthcare professionals, and understanding the impact on their well-being is crucial for implementing appropriate support measures. The aim of the study was to analyze symptoms of depression and anxiety, identify common disorders, and propose preventive measures to improve the mental health of resident physicians. **Methods:** An observational and descriptive approach was employed through a cross-sectional survey. The sample consisted of 116 participants from various medical specialties, and the Zung and Beck depression scales were utilized to assess depressive symptoms, along with an anxiety scale. Demographic information was collected and statistically analyzed using descriptive methods and inferential tests. **Results:** We can see that most of the participants were female, with 46 male participants, representing a percentage of 39.7%, and 70 female participants, with a percentage of 60.3%. Of the 116 Participants, 102 obtained data on the degree of anxiety or depression corresponding to 88% and only 14 participants corresponding to 12% obtained data on not presenting symptoms of depression or no anxiety on the scales used. **Discussion:** The findings indicate that while most resident physicians exhibited depression and anxiety levels within normal limits, a significant group experiences more severe symptoms. These results align with previous research on the impact of the pandemic on the mental health of healthcare professionals. The implications of these findings are discussed, and preventive measures are proposed, including psychological support programs, stress management training, strengthening institutional communication, workload flexibility, education on mental health, and promotion of support networks.

**Keywords:** resident physicians, COVID-19, mental health, depression, anxiety, associated symptoms, support programs, stress management training, institutional communication, support networks.

## INTRODUCCIÓN

La salud mental de los médicos residentes ha sido objeto de creciente preocupación, especialmente durante la pandemia de COVID-19. Estos profesionales se enfrentan a múltiples desafíos y demandas en su trabajo diario, y la situación actual ha exacerbado aún más las presiones y el estrés asociados. En este estudio realizado en el Hospital General Plaza de la Salud durante el periodo académico 2022-2023, se investigó la prevalencia de depresión y ansiedad en médicos residentes de diversas especialidades. Los resultados proporcionaron información valiosa sobre la composición demográfica de la muestra, así como la presencia de síntomas depresivos y de ansiedad en los participantes. Estos hallazgos destacan la importancia de abordar la salud mental de los médicos residentes y ofrecen pautas para implementar medidas de apoyo y cuidado emocional.

En conclusión, este estudio ha proporcionado información relevante sobre la prevalencia de depresión y ansiedad en médicos residentes de diversas especialidades en el Hospital General Plaza de la Salud. Los resultados resaltan la necesidad de implementar medidas de apoyo y cuidado emocional para garantizar el bienestar de los médicos residentes durante la pandemia y más allá. Las recomendaciones propuestas en este estudio, como programas de apoyo psicológico, capacitación en gestión del estrés y resiliencia, comunicación y apoyo institucional, flexibilidad en la carga de trabajo, educación sobre salud mental y el fomento de redes de apoyo social, son fundamentales para promover la salud mental de los médicos residentes y asegurar una atención médica óptima y de calidad. La implementación de estas medidas requiere el compromiso y la participación activa de las instituciones médicas en la promoción del bienestar del personal médico residente.

## **CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA**

### **1.1 Planteamiento del problema**

La salud mental ha sido definida como un estado de bienestar en el cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades (OMS, 2021).

La depresión continúa siendo el trastorno mental principal y es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres. La depresión es una enfermedad mental que afecta negativamente los actos y pensamientos, ocasiona una pérdida de interés en actividades placenteras y tiene un impacto negativo en la funcionalidad de los individuos tanto en el ámbito doméstico como laboral. Por otro lado, la ansiedad es un trastorno mental producto de la exposición sostenida a situaciones percibidas como amenazantes, generando emociones negativas como el miedo y resultando en problemas físicos y psicológicos (OPS, 2021).

La pandemia de COVID-19 ha representado un enorme desafío para la salud pública y la economía mundial, así como para la salud mental, siendo el personal de salud uno de los grupos potencialmente más afectados (Juarez Garcia, 2021). El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron un nuevo tipo de virus de la familia Coronaviridae como el agente causante del brote, al que se le ha denominado SARS-CoV-2 (Montes-Ortúñez, 2021). El Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional declaró el brote del nuevo coronavirus como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) en su reunión del 30 de enero de 2020, y la OMS denominó a esta enfermedad COVID-19 (OMS, 2020).

El 11 de marzo de 2020, la OMS declaró: "hemos llegado a la conclusión de que la COVID-19 puede considerarse una pandemia" (OMS). Posteriormente, el 14 de marzo, se publicó el Real Decreto 463/2020 mediante el cual se declaró el estado de alarma en España para gestionar la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 (Montes-Ortúñez, 2021). Desde el inicio de los casos, el personal sanitario en España ha trabajado para combatir esta pandemia, al igual que el personal sanitario de todo el mundo. Con el paso de los días, las condiciones en las que desempeñan su labor se han deteriorado, tal como describen los medios de comunicación debido a la falta de equipos de protección individual (EPI),



la distribución de mascarillas defectuosas y la presión asistencial. Estas circunstancias han incrementado significativamente el nivel de estrés con el que el personal de salud ha estado trabajando (Montes-Ortúñez, 2021).

En 1984, el informe del Comité de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre Medicina del Trabajo ya recogía que los factores psicosociales de riesgo generadores de estrés en el ámbito sanitario provienen de dos fuentes: por un lado, las interacciones entre el trabajo, el entorno laboral, la satisfacción laboral y las condiciones organizativas, y por otro lado, las capacidades y recursos del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo. Se reconocía así la importante influencia de todos estos aspectos en la salud, el rendimiento y la satisfacción del personal sanitario a través de sus propias percepciones y experiencias (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2017). Los factores psicosociales laborales se refieren a las condiciones de trabajo positivas o negativas y están presentes en todas las instituciones de servicios. Sin embargo, cuando los factores organizacionales y psicosociales son disfuncionales, pueden provocar respuestas de inadaptación, tensión o respuestas psicofisiológicas de estrés, siendo entonces considerados factores psicosociales de riesgo (Moreno Jiménez B, Báez León, 2010).

Se estima que el 3,8% de la población experimenta depresión, incluido el 5% de los adultos (4% entre los hombres y el 6% entre las mujeres) y el 5,7% de los adultos mayores de 60 años. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas sufren depresión (1). La depresión es aproximadamente un 50% más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. En todo el mundo, más del 10% de las embarazadas y de las mujeres que acaban de dar a luz experimentan depresión (2). Cada año se suicidan más de 700 000 personas. El suicidio es la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. (OMS 2023)

En una encuesta del 2020, el 62% de los encuestados informó haber experimentado algún grado de ansiedad. (SingleCare, 2020).

Se estima que el 31% de todos los adultos experimentarán un trastorno de ansiedad en algún momento de su vida. (Anxiety and Depression Association of America, 2020).

Se estima que el 19.1% de los adultos en los Estados Unidos tenía un trastorno de ansiedad a partir del 2001 al 2003. (Harvard Medical School, 2007).

Los trastornos de ansiedad son más frecuentes en mujeres que en hombres en los Estados Unidos y en todo el mundo. (Fuente: NIMH, 2017) (Our World in Data, 2018).

Las personas de 30 a 44 años de edad fueron las más afectadas por los trastornos de ansiedad en 2017, seguidas por el 22.3% de las de 18 a 29 años de edad y el 20.6% de las de 45 a 59 años de edad. (NIMH, 2017).

Estudios recientes sobre los riesgos laborales de los profesionales sanitarios en situaciones de alerta epidemiológica (Collado B, Torre Y, 2015) concluyen que se genera una importante carga de estrés debido al miedo a enfermarse y contagiar a sus familias, así como a la elevada carga laboral, y recomiendan brindar apoyo psicológico al personal sanitario (Vega-Monsalve NC, Serna-Gómez HM, 2020). Sin embargo, estos estudios no abordan la autopercepción y las emociones que están experimentando nuestros profesionales sanitarios como resultado de sus experiencias laborales.

Existen numerosos estudios epidemiológicos (Collado B, Torre Y, 2015; Vega-Monsalve NC, Serna-Gómez HM, 2020; Wang L, Wang Y, Ye D, Liu Q, 2019) sobre la evaluación, el tratamiento y el diagnóstico de la enfermedad, pero ninguno que investigue los efectos psicológicos en esta población. Dada la polaridad inherente de los factores psicosociales laborales (condiciones de trabajo positivas o negativas), se ha abordado el análisis de los adjetivos utilizados para describir sus sentimientos y autopercepción, basándonos en la teoría de los significados (Alvarez R, 1978). Esta teoría se relaciona directamente con la escala de evaluación psicológica y el Diferencial Semántico propuesto por Osgood, Suci y Tannenbaum en 1957 (Osgood C, Suci G, 1957), que ha sido replicado recientemente por Barredo Ibáñez en 2013. Esta escala permite medir la reacción de las personas expuestas a palabras y conceptos a través de escalas bipolares definidas con adjetivos antónimos en sus extremos. Es uno de los métodos más utilizados en la investigación social debido a su eficacia (Arce C, Stem DE, Andrade EM, Seoane G, 1997).

El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia de depresión y ansiedad después de la pandemia de COVID-19 en los médicos residentes del Hospital General Plaza de la Salud.

## **1.2 Preguntas de Investigación**

¿Cuál es la prevalencia de depresión y ansiedad presentada por los médicos residentes del Hospital General de la Plaza de la Salud expuestos a la COVID-19?

¿Existen síntomas relacionados entre el contagio por COVID-19 y la salud mental de los médicos residentes?

¿Cuáles son los principales trastornos que han presentado los médicos residentes del Hospital General de la Plaza de la Salud durante la pandemia COVID-19?

¿Cuáles medidas preventivas podemos proponer para la realización de un plan de acción con el fin de promover la salud y el bienestar del personal, basadas en los resultados encontrados?

### **1.3 Objetivo general y específico**

#### **1.3.1 Objetivo General**

Determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en los médicos residentes del Hospital General Plaza de la Salud tras la pandemia COVID-19 en el periodo académico 2022-2023.

#### **1.3.2 Objetivos Específicos**

1. Identificar los síntomas asociados con depresión y ansiedad presentados por los médicos residentes del Hospital General de la Plaza de la Salud expuestos a la COVID-19.
2. Determinar la relación entre el contagio por COVID-19 y la salud mental de los médicos residentes del Hospital General Plaza de la Salud.
3. Reconocer los trastornos más comunes que han presentado los médicos residentes del Hospital General de la Plaza de la Salud durante la pandemia COVID-19.
4. Proponer medidas preventivas basadas en los resultados encontrados, a través de la realización de un plan de acción, con el fin de promover la salud y el bienestar del personal.

#### **1.4.- Justificación.**

Los médicos en periodo de adiestramiento de una especialidad están sujetos adicionalmente a otros estresores relacionados con este periodo formativo, como jornadas laborales prolongadas, privación del sueño, exigencias académicas y laborales, conflictos con otro personal, sensación de inseguridad laboral futura y situaciones como la muerte de pacientes, conflictos con la familia o amigos, dificultades financieras o mudarse a una nueva ciudad, entre otros, que los hacen aún más susceptibles a patologías psiquiátricas, particularmente depresión y ansiedad (Blandin-Martínez, 2015).

También se ha reportado que estos trastornos producen errores en las prescripciones médicas (Fahrenkopf-Barger, 2008) y deseos de abandonar la residencia (incluso se identifican como causas de deserción) (Dyrbye-Thomas, 2010).

La declaración de la pandemia en marzo de 2020 por la OMS (citado por Montes-Ortúñez, 2021) y las medidas de confinamiento impuestas por el brote de SARS-CoV-2 generaron un estado de salud pública sin precedentes, con consecuencias para la salud mental de la población general (C. Wang et al., 2019) y especialmente del personal sanitario, según estudios realizados principalmente en China y otros países asiáticos (B.Y.Q. et al., 2020; J. Lai et al., 2019). Varias revisiones sistemáticas reflejaron el aumento en la prevalencia de estrés, ansiedad, depresión, insomnio o burnout entre profesionales de la salud durante la pandemia actual (J.J. García-Iglesias et al., 2020), si bien aún se dispone de escasos estudios centrados en el bienestar profesional durante la pandemia, habiéndose priorizado los aspectos epidemiológicos de la enfermedad. El impacto en la salud mental del personal sanitario ya se había documentado durante los brotes de SARS-CoV-1 (2003) (R.G. Maunder, W.J. et al., 2004; M.Y. Chong et al., 2004), H1N1 (2009) (J.M. Shultz, 2016), MERS-CoV (2012) (I. Khalid et al., 2016) o ébola (2014) (S.P. Stawicki et al., 2014), mostrando niveles moderados y altos de ansiedad, depresión, estrés postraumático y absentismo, y mayor prevalencia entre profesionales de enfermería, de menor edad y con contacto directo con pacientes contagiados (R.G. Maunder, W.J. et al., 2004; M.Y. Chong et al., 2004).

En la crisis actual de la COVID-19, la asistencia sanitaria en primera línea, especialmente en Servicios de Urgencias, Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y Neumología, se asoció a mayor susceptibilidad para desarrollar afecciones psiquiátricas. Pese a una identidad social y profesional basada en la experiencia y la preparación para sobrellevar exigencias emocionales y cognitivas intensas (C. Kroger, 2020), personalidad resistente o durezas (S.C. Kobasa, 2020), la falta de información, previsión (MSGGE, 2020) y protocolos estables de actuación (C.Y. Liu et al., 2020) pudo conllevar desmotivación y problemas de salud mental (Lázaro, A., 2020), como un mayor nivel de estrés (OMS, 2020; González Feijoo, M., 2020), ansiedad o depresión (Y. Huang, N. Zhao, 2020). Otros autores asociaron el mayor impacto psicológico entre los "combatientes en el frente" (Vega-Monsave, NC et al., 2020) a las condiciones laborales (uso de equipos de protección, reorganización del espacio de trabajo, gestión de la escasez de recursos materiales y carga laboral, turnos extra y horarios más prolongados), aspectos sociales y familiares (distanciamiento social, miedo al contagio de seres queridos) y factores relacionados con los pacientes (alta tasa de mortalidad, contacto con el sufrimiento y la muerte, conflictos éticos) (Wang, L. Wang, Y. et al., 2020).

En el ámbito asiático, los estudios realizados exclusivamente con personal sanitario de primera línea (OIC, 2020; S. Pappa, V. Ntella et al., 2020) por comparación con el resto de profesionales (OMS, 2020; MPRCMD, 2020) indicaron la necesidad de promover el bienestar psicológico de los profesionales. Sin embargo, se desconoce la aplicabilidad de los planes y medidas de apoyo en otros ámbitos geográficos y culturales, por lo que existe una necesidad urgente de explorar los efectos psicológicos de la COVID-19 en el ámbito occidental y conocer los riesgos asociados y posibles factores de protección, con la finalidad de diseñar estrategias óptimas y eficientes de apoyo y ayuda para la salud mental.

Por tanto, el objetivo de este estudio fue conocer el impacto en la salud mental entre los residentes que estuvieron expuestos al SARS-CoV-2 y compararlo con el resto de profesionales sanitarios, a través de una revisión sistemática de la producción científica en el ámbito occidental (MPRCMD, 2020).

## **1.5 Limitaciones**

Limitación en la participación de los entrevistados debido a la reticencia ocasionada por la naturaleza psicológica del tema en cuestión, lo cual generó una exposición de sus emociones.

## **CAPÍTULO 2.- MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Antecedentes y Referencias**

Ante la presencia de una enfermedad que lleva aproximadamente 3 años afectando a todo el mundo y el impacto a nivel emocional de la COVID-19 en los profesionales sanitarios que trabajan en primera línea es innegable. Los estudios realizados señalan un mayor riesgo de malestar emocional. Más concretamente, indican el desarrollo de síntomas y manifestaciones de estrés, ansiedad, depresión y traumatización secundaria. Todavía es pronto para determinar consecuencias a largo plazo a nivel de salud mental. Esto es así porque se desconoce realmente cuál puede ser el impacto real, teniendo en cuenta que la pandemia no ha terminado. No obstante, se estima que su repercusión puede ser similar a la que se produce ante situaciones de catástrofes. (“Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales en primera línea 2020”).

En la actualidad existen diversas investigaciones sobre la salud mental y los efectos de la pandemia en la misma. Según los estudios mencionados, a medida que transcurre el tiempo, impacto que todo ello puede tener en la salud mental no se limita a la fase de alarma. Todo lo contrario, los efectos son sostenidos en el tiempo durante toda la crisis derivada por la COVID-19.

Precisamente, los periodos que se dan, o interepisodios de la pandemia, permiten una mayor consciencia y un menor nivel de activación. Esto puede favorecer la petición de ayuda, por lo que los apoyos y cuidados a los profesionales deben estar disponibles de forma continuada.

La realidad es que se desconoce realmente cuál puede ser el impacto a largo plazo en la salud mental de los ciudadanos en general y de los profesionales sanitarios en particular (“Impacto psicológico de la covid-19 en profesionales en primera línea 2020”)

En el Indian Journal of Ophthalmology, un trabajo realizado por el prestigioso LV Prasad Eye Institute, alcanzó un considerable impacto, incluso en los medios de comunicación, que se titula "Impacto psicológico de la COVID-19 sobre los oftalmólogos en formación y los oftalmólogos en la India" "(Khanna R.C., Honavar y colaboradores, 2020)". Esta pandemia nos ha dejado muchas más secuelas de las que imaginamos y algunas de ellas irán aflorando en los próximos meses, por



lo que debemos estar preparados para ello. (“Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología – Elsevier 2020”)

En el trabajo anteriormente citado se encuestó a 2.355 oftalmólogos y residentes, que constituían el 20% de la muestra "(Meo S.A. y colaboradores, 2020)". Un 52,8% reconocía un serio impacto en su actividad y un 37% incluso problemas económicos. El distrés psicológico se midió mediante el Patient Health Questionnaire (PHQ-9), encontrando que casi el 33% tenía depresión, un 21,4% de carácter moderado y un 4,3% de carácter severo. El análisis multivariante mostró que los efectos depresivos eran mayores en los más jóvenes y en los residentes "(Meo S.A. y colaboradores, 2020)". Estos efectos también se han observado en estudiantes de Medicina. En un estudio realizado en Arabia Saudita con 530 estudiantes, el 23,5% se encontraba desanimado después del confinamiento, con pérdidas de concentración y un notable descenso en su rendimiento académico "(Meo S.A. y colaboradores, 2020)".

Brooks y otros autores realizaron una revisión del impacto psicológico de la cuarentena y utilizaron tres bases de datos electrónicas; de los 3.166 documentos encontrados, 24 fueron incluidos en su estudio.

En la mayoría de los estudios revisados se encontraron efectos psicológicos negativos, síntomas de estrés postraumático, confusión y enojo. Entre los factores estresantes se pueden mencionar una mayor duración de la cuarentena, temores de infección, frustración, aburrimiento, suministros inadecuados, información inadecuada, pérdidas financieras y estigma. Igualmente, algunos investigadores han sugerido efectos duraderos, lo cual resulta preocupante. (“Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas – SciELO 2020”)

Para los trabajadores de la salud, sentirse estresado ante esta pandemia es una experiencia más que probable; de hecho, es bastante normal sentirse así en la situación actual. El estrés y los sentimientos asociados no son en modo alguno una reflexión de que no puedes hacer tu trabajo, o de que eres débil, o de que simplemente no consigues enfrentar estas emociones, lo cual es tan importante como controlar la salud física "(Lázaro A., 2020; Intramet, 2020)".

Algunos trabajadores de la salud pueden evitar a su familia o comunidad por estigma o miedo a contraer la enfermedad, lo que puede hacer que una situación ya de por sí desafiante sea mucho

más difícil de enfrentar "(Lázaro A., 2020; Intramet, 2020)". Algunos autores coinciden con estos planteamientos y exponen que la crisis ocasionada por la COVID-19 ha traído grandes retos para la estabilidad emocional de este personal, debido al gran estrés que se vive en los centros de atención directa. ("Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas – SciELO 2020")

Es frecuente que los trabajadores de la salud experimenten miedo, pena, frustración, culpa, agotamiento y ansiedad, en relación con un mayor número de horas de trabajo y el desbordamiento en la demanda asistencial (los profesionales también se pueden contagiar y transmitir la COVID-19 a otros). Enfrentan a diario la posibilidad de no contar con el equipamiento suficiente y la exposición al desconsuelo de familiares y amistades ante la enfermedad grave o la muerte, así como dilemas éticos y morales ante la toma de decisiones complejas "(FPDLRU, 2020)". Se ven obligados a enfrentar esta ardua situación que con frecuencia afecta la estabilidad emocional del más equilibrado.

Las medidas estrictas de bioseguridad, aunque necesarias para la mejor protección del personal de salud, tienen algunas consecuencias como el incremento del cansancio físico por el uso de equipos de protección personal, a lo que se suma el constante estado de alerta y vigilancia con los procedimientos estrictos que estos conllevan, y el aislamiento físico que dificulta brindar confort y apoyo a quienes están afectados "(FRDLRU, 2020)". Esto coincide con lo planteado por otros investigadores "(Reger MA. y colaboradores, 2020)".

## **2.2 Marco Conceptual**

En diciembre de 2019, la provincia de Hubei en Wuhan, China, se convirtió en el epicentro de un brote de neumonía de causas desconocidas. Un grupo de pacientes se presentó en diferentes hospitales con diagnósticos de neumonía de etiología desconocida. La mayoría de estos pacientes estaban epidemiológicamente vinculados a un mercado mayorista de pescados, mariscos y animales vivos y no procesados en la provincia de Hubei.

El rápido crecimiento económico en las regiones del sur de China ha llevado a una alta demanda de proteína animal, incluyendo animales exóticos como culebras, civetas, pangolines y murciélagos. Las deficientes medidas de bioseguridad en los mercados de alimentos han permitido

la transmisión de virus entre animales y de animales a humanos. A esta transmisión de enfermedades de animales a humanos se le conoce como zoonosis.

Durante la epidemia del SARS en 2002-2003, la rápida diseminación a nivel global se vio favorecida por el desconocimiento inicial sobre el manejo de los pacientes contagiados y el tráfico aéreo internacional. Lo mismo ha ocurrido en esta ocasión con el SARS-CoV-2. Entre el 18 y el 29 de diciembre de 2019, se reportaron los primeros cinco casos, de los cuales cuatro de estos pacientes fueron hospitalizados debido al síndrome de distrés respiratorio agudo, y uno de ellos falleció. La mayoría de los pacientes aseguraron tener una relación directa o indirecta con un mercado de alimentos en la provincia de Hubei, en Wuhan. Para el 1 de enero de 2020, el mercado de Wuhan había sido cerrado y no existía evidencia clara de transmisión de persona a persona.

El 2 de enero del mismo año, un total de 41 pacientes habían sido hospitalizados y solo un paciente, que presentaba patologías preexistentes graves, había fallecido. El 7 de enero, las autoridades chinas anunciaron la identificación de un nuevo tipo de coronavirus, el Nuevo Coronavirus 2019 (2019-nCoV). Al mismo tiempo, se descartaron otros posibles patógenos, incluyendo el coronavirus del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV), el coronavirus del Síndrome Respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV), el virus de la influenza, el virus de la influenza aviar y el adenovirus. A partir de ese momento, las autoridades a nivel mundial supieron que enfrentaban una nueva amenaza.

Para el 12 de enero de 2020, no se habían reportado más casos relacionados y se asumió que el centro de propagación había sido el mercado ya cerrado, o que posiblemente se habían contagiado en el hospital (infección nosocomial). La enfermedad fue denominada COVID-19, causada por el 2019-nCoV, y se pensó erróneamente que no era altamente contagiosa, ya que no se tenía registro de transmisión de persona a persona. Se concluyó que la transmisión era a través de vías desconocidas durante la estadía hospitalaria. En ese momento, solo se les realizaban pruebas a las personas que presentaban sintomatología. Tan solo diez días después, se reportaron un total de 571 casos en 25 provincias diferentes en toda China, mientras que en la provincia de Hubei las muertes habían alcanzado a 17, y había 95 pacientes en estado crítico. Según el Modelo de Enfermedades Infectocontagiosas del Centro de Colaboración de la OMS, se estimó que podría haber hasta 4.000 posibles contagiados, llegando incluso a casi 10.000.

A partir de entonces, el número de pacientes contagiados aumentó exponencialmente en China continental, y para el 30 de enero se habían reportado 9.692 casos en toda China y 90 casos en diferentes países, incluyendo Taiwán, Tailandia, Vietnam, Malasia, Nepal, Sri Lanka, Camboya, Japón, Singapur, Corea del Sur, Emiratos Árabes Unidos, Estados Unidos, Filipinas, India, Irán, Australia, Canadá, Finlandia, Francia y Alemania.

El primer caso reportado en el continente americano surgió el 19 de enero de 2020 en el estado de Washington, en Estados Unidos. Se trató de un paciente masculino de 35 años con historia de tos y fiebre, que acudió a un centro de salud en busca de atención médica. Entre sus antecedentes se encontraba un viaje de visita familiar a Wuhan, China. Además, el 24 de enero se reportó el primer caso de COVID-19 en Europa, específicamente en Bordeaux, Francia. La paciente tenía antecedentes recientes de haber visitado China. El 26 de febrero de 2020, el Ministerio de Salud de Brasil reportó el primer caso de COVID-19 en Sudamérica, se trató de un hombre de 61 años de São Paulo con antecedentes de viaje a Lombardía, Italia, y presentó síntomas leves, siendo puesto en cuarentena.

El 11 de marzo, con 118.000 casos reportados en 114 países y 4.291 personas fallecidas, la Organización Mundial de la Salud declaró que el brote de la enfermedad del Coronavirus 19 causada por el SARS-CoV-2 era considerado una pandemia.

En Venezuela, el 13 de marzo, una mujer de 41 años que estuvo de viaje en España, Italia y Estados Unidos, dio positivo en la prueba de SARS-CoV-2 en el Hospital Clínico Universitario.

En la República Dominicana, se reportó el primer caso del virus el 1 de marzo de 2020 en un ciudadano italiano que se encontraba de turista en el país.

### **2.2.1 COVID-19**

Los coronavirus son una amplia familia de virus que causan enfermedades que van desde un resfriado común hasta enfermedades respiratorias graves.

Inicialmente, el virus se denominó de manera temporal como "2019 Novel Coronavirus" (2019-nCoV). El término "novel" (novedoso o nuevo) puede referirse a una enfermedad o a un espectro de síntomas o manifestaciones clínicas que se presentan en personas infectadas por este virus, o a las posibles diferencias que existan entre este coronavirus y los previamente conocidos (Geller et al., 2020).

Hasta el momento, se conocían un total de 36 coronavirus. Los virus de la familia Coronaviridae, conocidos como coronavirus, son virus de tipo ARN positivo de cadena simple, envueltos en cápside, que pueden afectar a un amplio rango de animales, e incluso a humanos. Fueron descritos por primera vez por Tyrell y Byone en 1966. Basados en su morfología de viriones esféricos con una coraza y proyecciones desde su superficie asemejándose a una corona, fueron llamados coronavirus (MSDGDE, 2020). A su vez, los coronavirus se clasifican en cuatro subfamilias: alfa, beta, gamma y delta coronavirus. Los coronavirus beta pueden causar enfermedades graves e incluso la muerte.

Los coronavirus causan infecciones respiratorias e intestinales en animales y humanos, pero no se consideraban altamente patógenos para los humanos hasta la aparición de la epidemia del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) en 2002 y 2003 en la provincia de Guangdong, China. Hasta ese momento, las infecciones causadas por coronavirus en humanos solo generaban infecciones leves en pacientes inmunocompetentes. Gracias a los esfuerzos de la OMS en la identificación de casos, el aislamiento (cuarentena) y el seguimiento de pacientes que hubiesen estado en contacto con pacientes contagiados, la epidemia de SARS pudo ser controlada en poco tiempo y con pocas víctimas mortales. No se han reportado más casos de SARS desde 2004. En total, hubo aproximadamente 8,096 casos confirmados en 29 países, con un saldo de 774 personas fallecidas.

Diez años después, en 2012, emergió otro coronavirus altamente patógeno en países del Medio Oriente, identificado por primera vez en Arabia Saudita, el coronavirus causante del Síndrome Respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV). Tanto el SARS-CoV como el MERS-CoV fueron transmitidos de animales a humanos, desde una civeta y un camello dromedario, respectivamente, pero se piensa que ambos virus se originaron en murciélagos.

Desde la aparición del SARS en 2002, se han descubierto un gran número de coronavirus relacionados con el SARS (SARSr-CoVs) en murciélagos, que sirven como huéspedes reservorios naturales para estos virus. El progreso en la investigación de los coronavirus ha permitido una mejor comprensión de su origen, transmisión y mecanismos de patogénesis.

El 20 de enero de 2020, un grupo de científicos chinos reportó la identificación y caracterización del nuevo coronavirus (2019-nCoV), así como la secuencia genética del virus, confirmando que compartía el 79.6% del genoma con el ya conocido SARS-CoV, causante de la epidemia hace 18 años. Adicionalmente, pudieron identificar que el virus es idéntico en un 96% de su genoma a coronavirus provenientes de murciélagos.

El SARS-CoV utiliza la enzima convertidora de angiotensina (ECA2) (OMS, 2020) como receptor e infecta las células bronquiales epiteliales no ciliadas y los neumocitos tipo II. Zhou et al. (2020) demostraron que el 2019-nCoV utiliza el mismo receptor de entrada a la célula, la enzima convertidora de angiotensina (ECA2) (OMS, 2020). En los días posteriores, el Grupo de Estudio de Coronavirus del Comité Internacional de Taxonomía de Virus, responsable de clasificar y nombrar oficialmente estos virus de la familia Coronaviridae, basado en la filogenia, taxonomía y prácticas establecidas, reconoció formalmente que el 2019-nCoV es hermano de los coronavirus causantes del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoVs), de la especie de los coronavirus relacionados al SARS (SARSr-CoVs) y designó oficialmente al 2019-nCoV como SARS-CoV-2. El SARS-CoV-2 pertenece al grupo de los betacoronavirus y está estrechamente relacionado con el SARS-CoV.

Identificar el huésped intermedio entre el murciélago y el humano es una tarea importante para evitar posibles epidemias en el futuro. Un estudio realizado el 18 de febrero asegura haber encontrado una estrecha relación entre un virus detectado en dos pangolines malayos que habían sido encontrados muertos por el equipo de Rescate del Centro de Vida Silvestre de Guangdong el 24 de octubre en China. El equipo reportó haber detectado la presencia de un coronavirus parecido al SARS-CoV en muestras de pulmón de estos animales, los cuales presentaban un líquido espumoso en sus pulmones y fibrosis pulmonar. El estudio concluye, basado en el análisis genético de las muestras, que el pangolín era portador de un coronavirus parecido a SARS-CoV-2, por lo que podría haber sido un pangolín el huésped intermedio entre los murciélagos y los humanos.

Sin embargo, la ruta más importante de transmisión es la de persona a persona. Inicialmente, la mayoría de los pacientes identificados se habían vinculado directa o indirectamente al mercado de Wuhan, pero se reportaron algunos casos de personas no vinculadas al mercado, incluyendo familiares de los enfermos. La evidencia sugería que la transmisión de persona a persona era posible.

De la misma manera que el SARS-CoV, el SARS-CoV-2 se transmite de persona a persona por contacto directo o indirecto con secreciones respiratorias o fómites al estornudar o toser. El virus también ha sido aislado en heces humanas.

### **2.2.2 Síntomas**

Los signos y síntomas de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) pueden aparecer entre dos y 14 días después de la exposición al virus. Este período entre la exposición y antes de la aparición de los síntomas se llama el período de incubación. Los signos y los síntomas más comunes pueden incluir fiebre, tos y cansancio.

Los síntomas tempranos de la COVID-19 pueden incluir la pérdida del gusto o del olfato. Otros síntomas pueden incluir falta de aliento o dificultad para respirar, dolor muscular, escalofríos, dolor de garganta, goteo de la nariz, dolor de cabeza, dolor en el pecho, conjuntivitis y náuseas.

Los signos y síntomas de presentación inicial de la COVID-19 son diversos. La mayoría de los pacientes presentan fiebre (83%-99%), tos (59%-82%), fatiga (44%-70%), disminución del apetito (40%-84%), disnea (31%-40%) y mialgias (11%-35%). También se ha descrito la presencia de síntomas inespecíficos como dolor de garganta, congestión nasal, cefalea, diarrea, náuseas y vómitos. Se ha observado además la pérdida de la sensibilidad olfativa (anosmia) o gustativa (ageusia) que precede al inicio de los síntomas respiratorios. En particular, las personas mayores y los pacientes con inmunodepresión pueden presentar síntomas atípicos al inicio, como fatiga, disminución de la alteración del nivel de conciencia, reducción de la movilidad, diarrea y pérdida del apetito o estado confusional (delirium), sin fiebre. Puede haber un solapamiento de los síntomas de la COVID-19 con otros como disnea, algunos síntomas gastrointestinales o fatiga debidos a las adaptaciones fisiológicas en las mujeres embarazadas, eventos adversos en el

embarazo u otras enfermedades, como la malaria. En la población infantil, la fiebre o la tos pueden ser menos frecuentes que en los adultos.

La OMS presenta las siguientes definiciones para los pacientes con COVID-19 leve y moderada (OMS, 2021):

Leve: Pacientes sintomáticos que cumplen los criterios de definición de caso de COVID-19 y no presentan signos de neumonía vírica ni de hipoxia. Los pacientes no presentan dificultad respiratoria ni disnea, y las imágenes diagnósticas son normales.

Moderada (Neumonía): Adolescentes o adultos con signos clínicos de neumonía (fiebre, tos, disnea, respiración rápida), pero sin signos de neumonía grave, incluida una  $SpO_2 \geq 90\%$  respirando aire ambiente. Niños con signos clínicos de neumonía no grave (tos o dificultad para respirar y respiración rápida o retracción muscular) y sin signos de neumonía grave. Respiración rápida (medida en respiraciones/min): • <2 meses:  $\geq 60$ . • 2-12 meses:  $\geq 50$ . • 1-5 años:  $\geq 40$ . Aunque el diagnóstico puede ser clínico, los estudios por imágenes de tórax (radiografía, TAC y ecografía) pueden ser útiles para el diagnóstico y la identificación o exclusión de complicaciones pulmonares.

Los pacientes presentan  $SpO_2 \geq 94\%$  a nivel del mar y a temperatura ambiente (en pacientes con niveles de saturación normales en la línea base).

### **2.2.3 Causas**

La infección con el nuevo coronavirus (coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave, o SARS-CoV-2) causa la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). El virus que causa la COVID-19 se propaga fácilmente entre las personas, y con el tiempo se sigue descubriendo más acerca de su propagación. Según los datos, se contagia principalmente de persona a persona cuando están en contacto cercano (dentro de una distancia aproximada de 6 pies o 2 metros). El virus se propaga a través de las gotas respiratorias que se liberan cuando una persona que tiene el virus tose, estornuda, respira, canta o habla. Aquellos que están cerca pueden inhalar estas gotas, o estas pueden caerles en la boca, los ojos o la nariz.



En algunas situaciones, el virus de la COVID-19 se puede propagar cuando una persona se expone a pequeñas gotas o aerosoles que permanecen en el aire durante varios minutos u horas, lo que se conoce como transmisión por el aire.

#### **2.2.4 Complicaciones**

Aunque la mayoría de las personas con COVID-19 tienen síntomas leves a moderados, la enfermedad puede causar complicaciones médicas graves y llevar a la muerte en algunas personas. Los adultos mayores o las personas con afecciones médicas existentes corren un mayor riesgo de enfermarse gravemente con COVID-19.

Las complicaciones pueden ser las siguientes:

- Neumonía y problemas para respirar.
- Insuficiencia orgánica en varios órganos.
- Problemas cardíacos.
- Una afección pulmonar grave que provoca una baja cantidad de oxígeno en el torrente sanguíneo y afecta a los órganos (síndrome de dificultad respiratoria aguda).

#### **2.2.5 Tratamientos**

La FDA ha aprobado el fármaco antiviral llamado remdesivir (Veklury) para tratar la COVID-19 en adultos y niños de 12 años en adelante que están internados en el hospital. La FDA ha autorizado el uso de emergencia del fármaco baricitinib (Olumiant) para la artritis reumatoide, para tratar la COVID-19 en algunos casos. El baricitinib es una píldora que parece funcionar contra la COVID-19 porque reduce la inflamación y tiene actividad antiviral. La FDA indica que el baricitinib puede utilizarse en combinación con el remdesivir para las personas hospitalizadas con COVID-19 que están con respiradores mecánicos o necesitan oxígeno suplementario.

Existen varios medicamentos con anticuerpos monoclonales disponibles. Estos incluyen una combinación de bamlanivimab y etesevimab, una combinación de dos anticuerpos llamados

casirivimab e imdevimab, y sotrovimab. Estos fármacos se utilizan para tratar la COVID-19 de leve a moderada en personas que tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades graves debido a la COVID-19.

La OMS ha validado el uso de varias vacunas contra la COVID-19. El primer programa de vacunación masiva comenzó a principios de diciembre de 2020 y el número de dosis de vacunación administradas se encuentra alrededor de 13,168,935,724, lo que ha permitido prevenir la agravación y gravedad de la enfermedad en pacientes contagiados por la COVID-19, así como reducir el número de contagios.

Hasta la fecha del 12 de enero de 2022, las siguientes vacunas han sido incluidas en la lista de la OMS para su uso:

- BNT162b2 de Pfizer-BioNTech, aprobada el 31 de diciembre de 2020.
- Oxford/AstraZeneca, aprobada el 16 de febrero de 2021.
- Ad26.CoV2.S de Janssen, aprobada el 12 de marzo de 2021.
- La vacuna de Moderna contra la COVID-19 (ARNm-1273), aprobada el 30 de abril de 2021.
- La vacuna de Sinopharm contra la COVID-19, aprobada el 7 de mayo de 2021.
- La vacuna CoronaVac de Sinovac, aprobada el 1 de junio de 2021.
- La vacuna BBV152 (Covaxin) de Bharat Biotech, aprobada el 3 de noviembre de 2021.
- La vacuna Covavax, aprobada el 17 de diciembre de 2021.
- La vacuna Nuvaxovid, aprobada el 20 de diciembre de 2021.

### **2.2.6 COVID y Salud Mental**

El brote de la COVID-19 resulta estresante para muchas personas. El temor y la ansiedad que causa esta enfermedad pueden ser agobiantes y generar emociones fuertes, tanto en adultos como en niños. La forma en que la población responde al brote depende de sus antecedentes, de los aspectos que los diferencian de otros individuos y de la comunidad en la que vive. No obstante, las personas que pueden tener una reacción más fuerte al estrés en una crisis de este tipo incluyen a ciertos grupos poblacionales más vulnerables.

La salud mental de la población general y de ciertos grupos poblacionales vulnerables puede verse afectada de forma importante por la pandemia de la COVID-19 debido a niveles superiores de estrés. La COVID-19 puede afectar a toda la sociedad y tiene consecuencias psicosociales en los individuos que se sienten estresados y preocupados. La epidemia y las medidas de control que se llevan a cabo pueden generar un miedo generalizado en la población y pueden conducir a la estigmatización social de los pacientes, sus familiares y el personal sanitario que los atiende, lo cual tiene consecuencias psicológicas.

Asimismo, el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS reconoce que el número de personas expuestas a factores estresantes extremos es grande y que la exposición a estos constituye un factor de riesgo para el desarrollo de problemas sociales y de salud mental.

De igual manera, existen circunstancias en la vida de los individuos que pueden propiciar un mayor riesgo psicosocial ante la pandemia de la COVID-19. Entre estas circunstancias se describen las siguientes:

- Dependencia de bebidas alcohólicas u otras sustancias adictivas.
- Personas que deambulan por la calle, sin techo o con movilidad reducida.
- Personas con soledad no deseada o sin redes de apoyo, o que presentan ausencia de vínculos con los que mantener una comunicación activa.
- Sujetos con escasos recursos personales para el entretenimiento o con baja capacidad o escaso acceso a la tecnología.

- Individuos que conviven en entornos de riesgo (violencia o aislamiento) y tienen dificultad para comprender el estado de alarma y, por tanto, están en riesgo de incumplirlo.
- Menores de edad o personas dependientes de otras.
- Personas con la obligación de acudir a su puesto laboral, con la posibilidad de perder su trabajo.
- Individuos con precariedad o ausencia de recursos económicos.

La crisis ocasionada por la pandemia de la COVID-19 impacta la actividad social, las interacciones y los comportamientos en múltiples niveles. Emocionalmente, las actividades de distanciamiento social y autoaislamiento pueden causar problemas de salud mental, ansiedad y depresión. La incertidumbre asociada con la enfermedad en sí, su rápida propagación y el alto riesgo de infección, así como la duración desconocida de las intervenciones de salud pública para enfrentar la progresión de la enfermedad, pueden ocasionar y afectar los problemas de salud mental preexistentes.

### **2.2.7 Ansiedad**

La ansiedad es la respuesta del cuerpo a la preocupación y al miedo. "Sin embargo, [la ansiedad] no es tan simple, ya que existe una amplia diversidad en cuanto a la profundidad con la que la ansiedad afecta a las personas y en la medida en que interfiere con su calidad de vida", dice Sanam Hafeez, Psy.D, un neuropsicólogo en la ciudad de Nueva York y miembro de la facultad de la Universidad de Columbia.

Existe una multitud de trastornos de ansiedad que causan ansiedad, preocupación y estrés debido a las interacciones sociales, la salud personal, el trabajo o una fobia en particular. Los tipos de trastornos de ansiedad incluyen trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, agorafobia (el miedo a lugares que pueden causar sentimientos de ansiedad), fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de ansiedad por separación.

Para muchas personas con ansiedad, su condición afecta su capacidad para funcionar en la vida cotidiana. Para aquellos con trastorno de ansiedad generalizada, los síntomas pueden incluir inquietud, sensación de nerviosismo, fatiga, dificultad para concentrarse y tensión muscular. Muchos trastornos de ansiedad hacen que las personas experimenten ataques de pánico, que son períodos de miedo intenso provocados por un objeto o situación que puede alcanzar su punto máximo en minutos.

En una encuesta del 2020, el 62% de los encuestados informó haber experimentado algún grado de ansiedad. ( SingleCare, 2020).

Se estima que el 31% de todos los adultos experimentarán un trastorno de ansiedad en algún momento de su vida. (Anxiety and Depression Association of America, 2020).

Se estima que el 19.1% de los adultos en los Estados Unidos tenía un trastorno de ansiedad a partir del 2001 al 2003. (: Harvard Medical School, 2007).

Los trastornos de ansiedad son más frecuentes en mujeres que en hombres en los Estados Unidos y en todo el mundo. (Fuente: NIMH, 2017) ( Our World in Data, 2018).

Las personas de 30 a 44 años de edad fueron las más afectadas por los trastornos de ansiedad en 2017, seguidas por el 22.3% de las de 18 a 29 años de edad y el 20.6% de las de 45 a 59 años de edad. (NIMH, 2017).

Las personas de 60 años de edad o más fueron el grupo de edad menos afectado en 2017. (Fuente: NIMH, 2017)

“La ansiedad afecta a las personas de diversas formas, a menudo dependiendo de la naturaleza de la ansiedad”, dice Jill Stoddard, Ph.D, psicóloga con sede en San Diego. Ella dice que evitar los desencadenantes de la ansiedad es un terreno común para todos los trastornos de ansiedad.

“Por ejemplo, las personas con trastorno de pánico pueden dejar de hacer ejercicio o de tener relaciones sexuales para evitar un aumento de los síntomas fisiológicos negativos; las personas con agorafobia pueden evitar los centros comerciales, las multitudes, conducir o volar, cualquier

situación en la que puedan tener síntomas de pánico y no puedan escapar o buscar ayuda”, dice Stoddard.

### **Trastorno de ansiedad generalizada**

El trastorno de ansiedad generalizada o TAG es el trastorno de ansiedad más común. Este se diagnostica después de que una persona tiene ansiedad, con poco que la provoque, la mayoría de los días durante un período de al menos seis meses. Este comenzará a afectar la vida social, laboral y familiar de una persona. Según el National Institute of Mental Health (NIMH), los síntomas del TAG pueden incluir: sentirse inquieto o al límite; sentirse fatigado- con frecuencia; dificultad para concentrarse; irritabilidad; sentimientos excesivos de preocupación que son difíciles de controlar; dificultad para dormir.

### **Trastorno de pánico**

Los trastornos de pánico se caracterizan por ataques de pánico inesperado y repetido. Las personas con ataques de pánico pueden intentar evitar situaciones o preocuparse constantemente acerca de cuándo puede ocurrir el próximo. Los síntomas de un ataque de pánico incluyen: palpitaciones cardíacas o aumento de la frecuencia cardíaca; sudoración o escalofríos; temblores; dificultad para respirar; sensación de terror; sensación de pérdida de control.

### **Trastorno de estrés postraumático**

El trastorno de estrés postraumático o TEPT ocurre cuando una persona tiene dificultades para recuperarse después de un evento traumático. Los síntomas pueden aparecer meses, o más, después del evento. Hay una amplia variedad de síntomas del TEPT, algunos de los cuales incluyen: recuerdos angustiantes no deseados y recurrentes o reviviscencias del evento; pesadillas sobre el evento; evitación de cosas relacionadas con el evento: personas, lugares o situaciones; desesperanza sobre el futuro.

### **2.2.7 Depresión**

La depresión puede afectar a cualquiera. Quienes han vivido abusos, pérdidas graves u otros eventos estresantes tienen más probabilidades de sufrirla. Las mujeres son más propensas a la depresión que los hombres. (OMS 2023)

Se estima que el 3,8% de la población experimenta depresión, incluido el 5% de los adultos (4% entre los hombres y el 6% entre las mujeres) y el 5,7% de los adultos mayores de 60 años. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas sufren depresión (1). La depresión es aproximadamente un 50% más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. En todo el mundo, más del 10% de las embarazadas y de las mujeres que acaban de dar a luz experimentan depresión (2). Cada año se suicidan más de 700 000 personas. El suicidio es la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. (OMS 2023)

Aunque hay tratamientos conocidos y eficaces contra los trastornos mentales, más del 75% de las personas afectadas en los países de ingreso bajo y mediano no reciben tratamiento alguno (3). Entre los obstáculos a una atención eficaz cabe destacar la falta de inversión en atención de salud mental y de proveedores de atención de salud capacitados, así como la estigmatización asociada a los trastornos mentales. (OMS 2023)

#### **Síntomas y tipologías**

En un episodio depresivo, la persona experimenta un estado de ánimo deprimido (tristeza, irritabilidad, sensación de vacío) o una pérdida del placer o del interés por actividades. Un episodio depresivo es distinto de las variaciones habituales del estado de ánimo. Estos episodios abarcan la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas. Pueden presentarse varios síntomas más, como: dificultades para concentrarse, un sentimiento de culpa excesiva o de baja autoestima, falta de esperanza acerca del futuro, pensamientos de muerte o suicidio, alteraciones del sueño, cambios en el apetito o en el peso, sensación de cansancio acusado o de falta de energía. (OMS 2023)

La depresión puede causar dificultades en todos los aspectos de la vida, incluidas la vida comunitaria y en el hogar, así como en el trabajo y la escuela.

Los episodios depresivos pueden clasificarse en leves, moderados o graves, en función del número y la intensidad de los síntomas, así como de las repercusiones en el funcionamiento de la persona.

Los episodios depresivos pueden pertenecer a diferentes tipologías:

Trastorno depresivo de un solo episodio: la persona experimenta un primer y único episodio;

Trastorno depresivo recurrente: la persona ha padecido ya al menos dos episodios depresivos, trastorno bipolar: los episodios depresivos alternan con periodos de episodios maníacos, que incluyen euforia o irritabilidad, mayor actividad o energía, y otros síntomas como aumento de la verborrea, pensamientos acelerados, mayor autoestima, menor necesidad de dormir, distracción y comportamiento impulsivo e imprudente. (OMS 2023)

### **Causas concomitantes y prevención**

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, eventos traumáticos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión.

La depresión está estrechamente relacionada con la salud física y, por consiguiente, la salud física desempeña un papel en la depresión. Muchos de los factores que influyen en la depresión (como la inactividad física o el uso nocivo del alcohol) también son factores de riesgo conocidos para enfermedades como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias. A su vez, las personas con estas enfermedades también pueden estar sufriendo depresión a causa de las dificultades asociadas con el manejo de su afección.

Está demostrado que los programas de prevención reducen la depresión. Entre las estrategias comunitarias eficaces para prevenirla se encuentran los programas escolares para promover un modelo de afrontamiento positivo entre los niños y los adolescentes. Las intervenciones dirigidas a los padres de niños con problemas de conducta pueden reducir los síntomas depresivos de los



padres y mejorar los resultados de sus hijos. Los programas de ejercicio para las personas mayores también pueden ser eficaces para prevenir la depresión. (OMS 2023).

## **2.3 Contextualización**

### **2.3.1 Reseña del Hospital**

El Hospital General de la Plaza de la Salud, donde se realizará la siguiente investigación, comenzó a construirse a mediados de 1995. Tanto las edificaciones como sus instalaciones y equipos adquiridos fueron financiados con fondos del Estado Dominicano. A mediados de 1996, los tres edificios que conforman el hospital estaban terminados en su obra civil y gran parte de sus instalaciones y equipos estaban en vías de ser habilitados.

Previo a la inauguración oficial de la obra, el 10 de agosto de 1996, el Poder Ejecutivo emitió dos decretos: el primero creando el Patronato para la administración del Centro de Diagnóstico, Medicina Avanzada y Telemedicina (CEDIMAT), y el segundo para regir el Hospital General de la Plaza de la Salud. Ambas instituciones están compuestas por miembros exoficio del sector oficial, profesionales de la medicina, educadores, empresarios y religiosos. El Congreso Nacional aprobó la Ley No. 78-99, de fecha 24 de julio de 1999, que confirma la vigencia de ambos patronatos, la cual fue promulgada por el Poder Ejecutivo el mismo año.

El personal médico ha sido conformado por especialistas, subespecialistas y médicos generales o residentes, agrupados en departamentos: Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología Obstetricia, Gastroenterología y Endoscopia, Pediatría, Enseñanza e Investigación, Medicina Familiar y Comunitaria, Otorrinolaringología y Traumatología y Ortopedia. Los Servicios Especiales son: Diagnósticos por Imágenes, Anatomía Patológica, Geriatria, Medicina Física y Rehabilitación, Odontología, Laboratorio y Banco de Sangre, Cardiología, Hematología Oncológica, Oftalmología, Patología Mamaria, Emergencias, Atención Primaria, Enfermería, Farmacia, Alimentación y Trabajo Social.

El hospital ha sido concebido como una institución médico-asistencial del más alto nivel científico que se pueda ofrecer en el país. Las inversiones que se han hecho en su construcción y equipamiento, y la presencia de un cuerpo de médicos especialistas capacitados, la mayoría de

ellos entrenados en importantes centros médicos de América y Europa, avalan la calidad de la atención a los pacientes y lo definen como un centro de referencia nacional con proyección internacional.

Como Hospital Docente Universitario cuenta con el Aval Académico de la Universidad Iberoamericana (UNIBE) para el desarrollo de programas de formación de médicos especialistas, cursos y jornadas de actualización del personal de salud, rotaciones externas de numerosos programas de formación y especialización de otras instituciones del sector, y los programas de preinternado e internado de importantes universidades del país: UNIBE, INTEC, UNPHU, UASD, PUCMMA y Católica de Santo Domingo.

Los Programas de Residencias Médicas que ofrece el Hospital General de la Plaza de la Salud son:

Medicina Familiar y Comunitaria.

Medicina de Emergencia y Desastres.

Medicina Física y Rehabilitación.

Imágenes Diagnósticas.

Subespecialidad en Medicina Crítica Pediátrica.

Subespecialidad en Medicina Crítica y Terapia Intensiva.

Cirugía General y Trasplante.

Medicina Interna.

Otorrinolaringología.

Neurocirugía.

Subespecialidad en Infectología.

**Visión:**

Para el 2026, el HGPS se habrá convertido en un sistema de salud integral y de calidad, con capacidad para responder a las necesidades de sus usuarios.

**Misión:**

La misión es brindar atención médica de calidad a la población local y global, soportada por un equipo humano calificado y motivado en el marco de los valores institucionales.

**Valores:**

Compromiso.

Ética.

Innovación.

Calidad.

Empatía.

## **CAPÍTULO 3.- DISEÑO METODOLÓGICO**

### **3.1 Contexto o Demarcación geográfica**

La presente investigación se realizó en los médicos residentes de las distintas especialidades médicas que existen actualmente en el Hospital General Plaza de la Salud y que han trabajado en medio de la pandemia COVID-19. Dicho hospital se encuentra ubicado en el Ensanche La Fe, Ortega y Gasset.

### **3.2 Tipo de estudio**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, no experimental, tipo encuesta transversal con los siguientes objetivos:

Identificar los síntomas asociados con depresión y ansiedad presentados por los médicos residentes del Hospital General de la Plaza de la Salud expuestos a la COVID-19.

Determinar la relación entre el contagio por COVID-19 y la salud mental de los médicos residentes del Hospital General Plaza de la Salud.

Reconocer los trastornos más comunes que han presentado los médicos residentes del Hospital General de la Plaza de la Salud en la pandemia COVID-19.

Proponer medidas preventivas ante los resultados encontrados mediante la realización de un plan de acción con el fin de promover la salud y el bienestar del personal.

### 3.3 Operacionalización y Variables

<b>VARIABLES</b>	<b>Tipos y subtipos</b>	<b>Definición</b>	<b>Indicador</b>
Sexo	Cualitativa nominal	Hace referencia a las características biológicas y fisiológicas.	Masculino Femenino
Edad	Cuantitativo continua	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia.	Edad
Ansiedad	Cuantitativa discreta	Es una respuesta adaptativa de la existencia humana que puede tomarse patológicamente.	Nunca Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre
Depresión	Cuantitativa discreta	trastorno mental que se caracteriza por la presencia persistente de tristeza y una pérdida de interés en actividades que las personas normalmente disfrutan, acompañada de una incapacidad para llevar a cabo las actividades diarias, durante 14 días o más	Nunca Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

### **3.4 Universo**

Estuvo constituido por 147 médicos residentes del Hospital General Plaza de la Salud, año académico 2022-2023.

### **3.5 Muestra**

Estuvo constituida por 116 médicos residentes del Hospital General Plaza de la Salud, año académico 2022-2023.

### **3.6 Métodos de investigación**

El método que se utilizó para recopilarlos datos son las escalas de Depresión de Zung, Escala de Depresión de Beck y de Ansiedad de Hamilton.

### **3.7 Instrumentos de recolección de datos**

En esta investigación se utilizó tres escalas, dos para depresión y una para ansiedad, con el objetivo de recolectar los datos necesarios para obtener la información incluyendo las variables elegidas.

### **3.8 Consideraciones éticas**

Los datos obtenidos se utilizaron con propósito científico y didácticos, con la confidencialidad y preservados la identidad de todos los pacientes incluidos en el estudio, se llenó de manera voluntaria por cada uno de los participantes, además de que se tomó medidas preventivas ante los resultados encontrados por medio de la realización de un plan de acción y se refirió al departamento de salud mental, donde se contó con el apoyo de un especialista del área para la interpretación de las escalas y el seguimiento a fin de promover la salud y el bienestar del personal.

### **3.9 Criterio de inclusión**

Todos los residentes de distintas especialidades del Hospital General de la Plaza de la Salud en el año académico 2022-2023

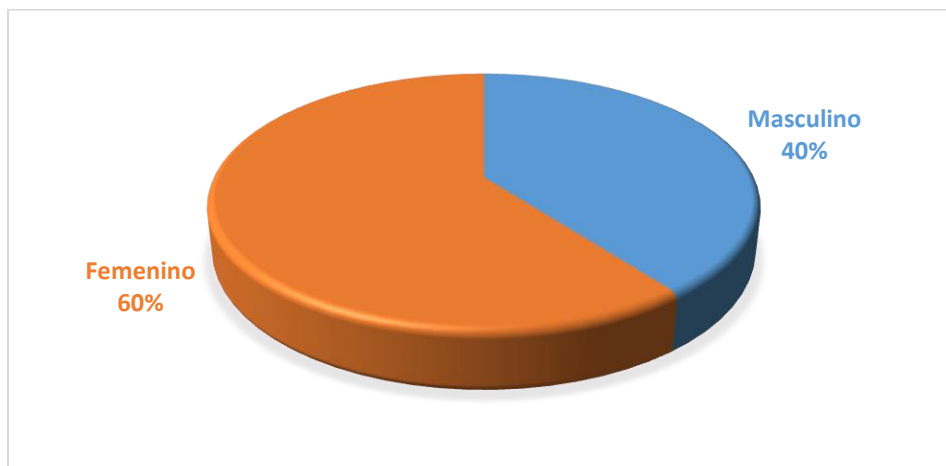
### **Criterios de exclusión**

Residentes que no se encontraron ni presente en el Hospital al momento de la recolección de datos por razones de rotaciones en el exterior, residentes que se negaron a llenar el formulario, Residentes que se encontraron en especialidades con poco contacto a pacientes con Covid.

## CAPÍTULO 4.- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### 4.1.- Resultados

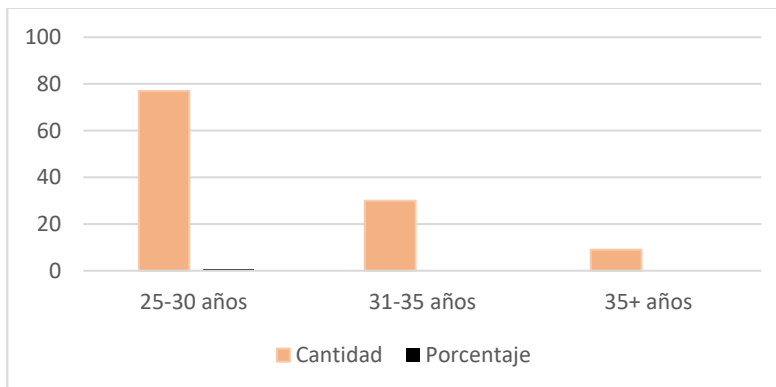
**Gráfico no.1: Prevalencia según el sexo de depresión y ansiedad tras la pandemia del COVID – 19 en los médicos residentes del Hospital General de la Plaza de la Salud, Santo Domingo, Rep. Dom. Año académico 2022-2023 n;116**



Fuentes: Tabla 1

Comentarios: evidenciamos que en una población de 116 participantes en los médicos residentes del Hospital General de la Plaza de la Salud, Santo Domingo, Rep. Dom. Año académico 2022-2023 entre los cuales se presenta el desglose de 46 participantes masculinos representando un Porcentaje de 40% y 70 participantes femeninos representando un Porcentaje de 60%.

**Gráfico no. 2: Distribución por edades de Prevalencia de depresión y ansiedad tras la pandemia del COVID – 19 en los médicos residentes del Hospital General de la Plaza de la Salud, Santo Domingo, Rep. Dom. Año académico 2022-2023. n;116**

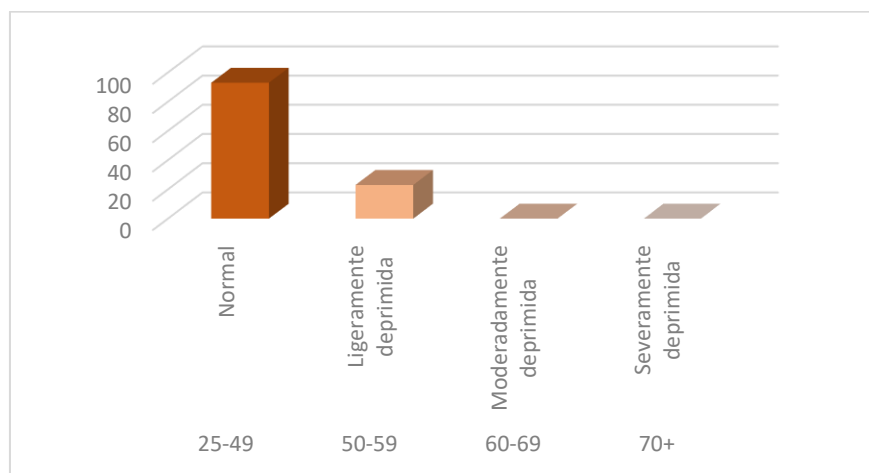


Fuentes: Tabla 2



Comentarios: evidenciamos que en una población de 116 participantes en los médicos residentes del Hospital General de la Plaza de la Salud, Santo Domingo, Rep. Dom. Año académico 2022-2023 entre los cuales identificamos 77 participantes en el rango de edad de 25 a 30 años, representando un 66.4%, un total de 30 participantes en el rango de edad de 31 a 35 años representando un 25.9%; además un total de 9 participantes en el rango de edad de 35 años en adelante con un porcentaje de 7.8%.

**Gráfico no.3: Distribución de Prevalencia de depresión y ansiedad tras la pandemia del COVID – 19 en los médicos residentes del Hospital General de la Plaza de la Salud, Santo Domingo, Rep. Dom. Año académico 2022-2023 según escala de Zung de depresión. el Hospital General Plaza de la Salud. n;116**

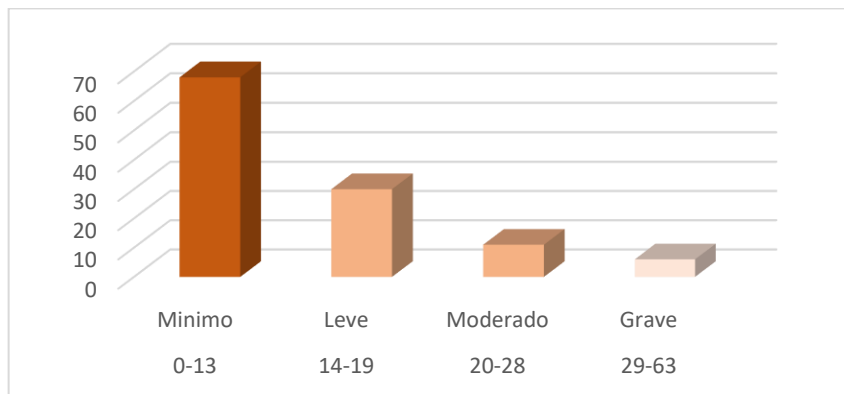


Fuentes: Tabla 3

Comentarios: evidenciamos que en una población de 116 participantes en los médicos residentes del Hospital General de la Plaza de la Salud, Santo Domingo, Rep. Dom. Año académico 2022-2023 entre los cuales identificamos que los participantes con una puntuación en la escala de Zung de depresión en el rango (Normal) es de 93, en el rango de (Ligeramente deprimida): 23, y tanto en el rango de (Moderadamente deprimida) como de (Severamente deprimida): 0

**Grafica no. 4: Distribución de Prevalencia de depresión y ansiedad tras la pandemia del COVID – 19 en los médicos residentes del Hospital General de la Plaza de la Salud, Santo Domingo, Rep. Dom. Año académico 2022-2023 según escala de Beck de depresión.**

n;116

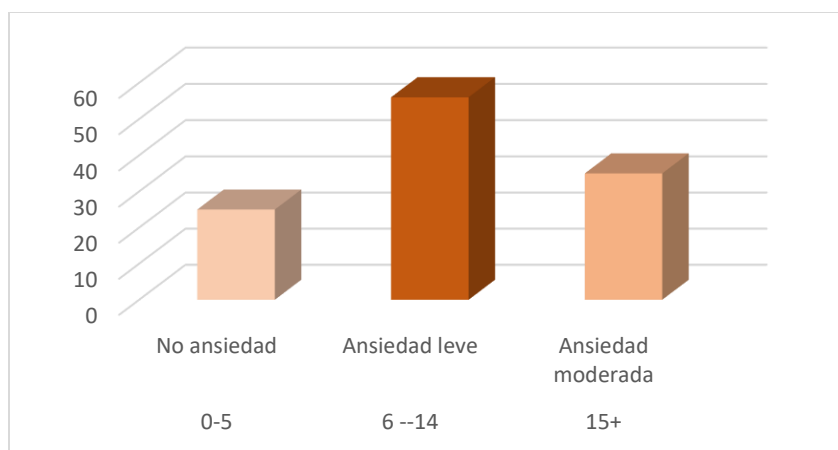


Fuentes: Tabla 4

Comentarios: evidenciamos que en una población de 116 participantes en los médicos residentes del Hospital General de la Plaza de la Salud, Santo Domingo, Rep. Dom. Año académico 2022-2023 donde identificamos Cantidad de participantes con una puntuación en la escala de Beck en el rango (Mínimo): 68, en el rango de 30, en el rango (Moderado): 12 y en el rango de 29-63 (Grave): 6.

**Grafica no. 5: Distribución de Prevalencia de depresión y ansiedad tras la pandemia del COVID – 19 en los médicos residentes del Hospital General de la Plaza de la Salud, Santo Domingo, Rep. Dom. Año académico 2022-2023 según escala de ansiedad de Hamilton.**

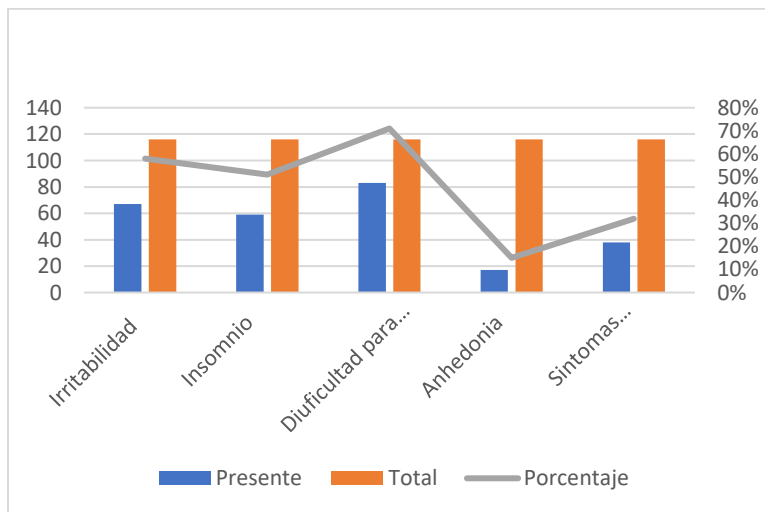
n;116



Fuentes: Tabla 5

Comentarios: evidenciamos que en una población de 116 participantes en los médicos residentes del Hospital General de la Plaza de la Salud, Santo Domingo, Rep. Dom. Año académico 2022-2023 donde identificamos Cantidad de participantes con una puntuación en la escala de Hamilton en el rango de 0-5 (No ansiedad): 25, en el rango de (Ansiedad menor): 56, Hamilton en el rango de 15 o más (Ansiedad moderada): 35.

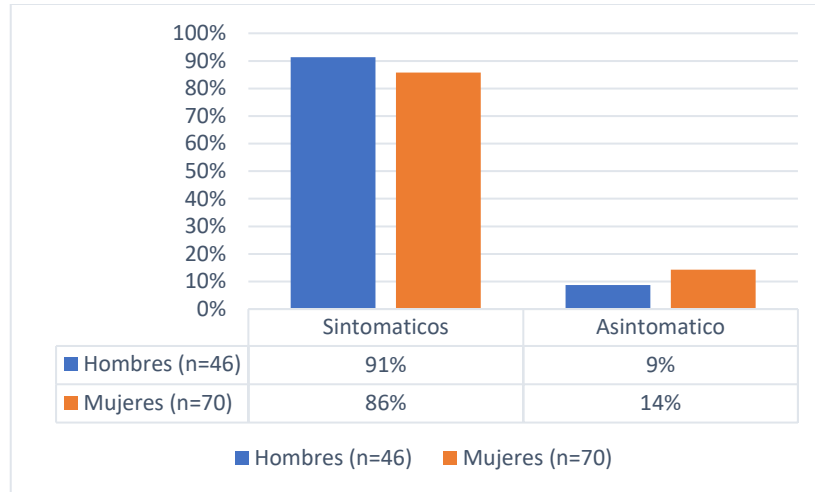
**Grafico no. 6: Síntomas de Prevalencia de depresión y ansiedad tras la pandemia del COVID – 19 en los médicos residentes del Hospital General de la Plaza de la Salud, Santo Domingo, Rep. Dom. Año académico 2022-2023 según escala de depresión Zung y Beck y ansiedad de Hamilton. n;116**



Fuentes: Tabla 6

Comentarios: evidenciamos entre los síntomas asociados, se observó lo siguiente en los residentes: la irritabilidad con un 58%, el insomnio con un 51%, la dificultad para concentrarse con un 71%, la anhedonia (pérdida de interés o incapacidad para experimentar placer) con un 15% y los síntomas gastrointestinales con un 32%.

**Gráfico no. 7: Prevalencia de depresión y ansiedad tras la pandemia del COVID – 19 en los médicos residentes del Hospital General de la Plaza de la Salud, Santo Domingo, Rep. Dom. Año académico 2022-2023 según escala de depresión Zung y Beck y ansiedad de Hamilton. Distribución de participantes con datos de depresión o ansiedad.**



Fuentes: **Tabla 7**

Comentarios: evidenciamos

Comentarios: evidenciamos De los 102 participantes que obtuvieron datos de grado de ansiedad o depresión 60 participantes fueron mujeres representando un 59% y 42 fueron hombres representando un 41%, sin embargo, del porcentaje total de hombres 91%, presentaron algún grado de ansiedad o depresión.

## Capítulo 5.- Discusión

La composición de nuestra población estuvo conformada por 116 participantes, de los cuales 34 pertenecen a la Residencia de Medicina de Emergencia y Desastres, 28 a la Residencia de Medicina Interna, 11 a la Sub-Especialidad en Medicina Crítica y Terapia Intensiva, 10 a la Residencia de Cirugía General y Trasplante, 10 a la Residencia de Medicina Física y Rehabilitación, 9 a la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria, 8 a la Residencia de Otorrinolaringología y 6 a la Residencia de Imágenes Diagnósticas.

Podemos observar que la mayoría de los participantes eran de género femenino, con 46 participantes masculinos, lo que representa un porcentaje del 39.7%, y 70 participantes femeninos, con un porcentaje del 60.3%. De los 116 Participantes, 102 obtuvieron datos de grado de ansiedad o depresión correspondiente a un 88% y solo 14 participantes correspondiente a un 12% obtuvieron datos de no presentar síntomas de depresión o no ansiedad en las escalas utilizadas. De los 102 participantes obtuvieron datos de grado de ansiedad o depresión 60 participantes fueron mujeres representando un 59% y 42 fueron hombres representando un 41%, indicando que el sexo más afectado fueron las mujeres. Del total de 46 hombres, 42 presentaron algún tipo de síntoma de ansiedad o depresión, representando un 91%. Y en el caso de las mujeres, del total de 70 mujeres, un total de 60 mujeres, presentaron algún tipo de síntoma de depresión o ansiedad, representando un 85%; contrario con lo propuesto por (OPS, 2021) La depresión continúa siendo el trastorno mental principal y es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres.

La población de estudio fue adulta, y la muestra se distribuyó según los siguientes rangos de edad y sus respectivos porcentajes:

- 77 participantes en el rango de edad de 25 a 30 años, representando el 66.4%.
- 30 participantes en el rango de edad de 31 a 35 años, representando el 25.9%.
- 9 participantes en el rango de edad de 35 años en adelante, con un porcentaje del 7.8%. indicando que la población entre 25 a 30 años fue la más afectada. Coincidiendo con (NIMH, 2017) Las personas de 30 a 44 años de edad fueron las más afectadas por los

trastornos de ansiedad en 2017, seguidas por el 22.3% de las de 18 a 29 años de edad y el 20.6% de las de 45 a 59 años de edad.

En cuanto a la clasificación de los participantes según la escala de Zung de depresión, se encontraron los siguientes resultados:

- Una puntuación en la escala de Zung de depresión en el rango de 25-49 (Normal): 93 participantes, representando un porcentaje del 80.2%.
- Una puntuación en la escala de Zung de depresión en el rango de 50-59 (Ligeramente deprimida): 23 participantes, representando un porcentaje del 19.8%.
- No se encontraron participantes con puntuaciones en el rango de 60-69 (Moderadamente deprimida) o de 70 o más (Severamente deprimida).

Estos resultados indican que la mayoría de los participantes (80.2%) se clasificaron como "Normal" según la escala de Zung de depresión, mientras que un porcentaje menor (19.8%) presentó una depresión leve. No se registraron casos de depresión moderada o severa en la muestra analizada.

En cuanto a la clasificación de los participantes según la escala de Beck de depresión, los resultados fueron los siguientes:

- Una puntuación en la escala de Beck en el rango de 0-13 (Mínimo): 68 participantes, representando un porcentaje del 62.4%.
- Una puntuación en la escala de Beck en el rango de 14-19 (Leve): 30 participantes, representando un porcentaje del 27.5%.
- Una puntuación en la escala de Beck en el rango de 20-28 (Moderado): 12 participantes, representando un porcentaje del 10.1%.

- Una puntuación en la escala de Beck en el rango de 29-63 (Grave): 6 participantes, representando un porcentaje del 5.5%.

Estos resultados muestran que la mayoría de los participantes (62.4%) obtuvieron una puntuación mínima en la escala de Beck, lo que indica una ausencia o una leve presencia de síntomas depresivos. Un porcentaje menor (27.5%) se clasificó en la categoría de "Leve", lo que sugiere la presencia de síntomas depresivos leves. Además, un pequeño número de participantes se encuentran en las categorías de "Moderado" (10.1%) y "Grave" (5.5%), lo que indica la presencia de síntomas depresivos moderados o graves en esos casos.

En cuanto a la clasificación de los participantes según la escala de ansiedad de Hamilton, se obtuvieron los siguientes resultados:

- Una puntuación en la escala de Hamilton en el rango de 0-5 (No ansiedad): 25 participantes, representando un porcentaje del 21.6%.
- Una puntuación en la escala de Hamilton en el rango de 6-14 (Ansiedad menor): 56 participantes, representando un porcentaje del 48.3%.
- Una puntuación en la escala de Hamilton en el rango de 15 o más (Ansiedad moderada): 35 participantes, representando un porcentaje del 30.2%.

Estos resultados indican que un porcentaje significativo de participantes (21.6%) no presentó síntomas de ansiedad, mientras que la mayoría (48.3%) se clasificó en la categoría de "Ansiedad menor", lo que sugiere una presencia leve de síntomas de ansiedad. Además, un número considerable de participantes (30.2%) se encuentra en la categoría de "Ansiedad moderada", lo que indica una presencia más pronunciada de síntomas de ansiedad en esos casos. En contraste con las estadísticas de . (Anxiety and Depression Association of America, 2020) que nos habla que Se estima que el 31% de todos los adultos experimentarán un trastorno de ansiedad en algún momento de su vida.

En cuanto a los síntomas asociados, podemos concluir que los principales en los residentes, según las escalas de depresión de Zung y Beck, así como la escala de ansiedad de Hamilton, fueron el

insomnio, la dificultad para concentrarse, la pérdida de interés y los síntomas gastrointestinales. Entre los síntomas asociados, se observó lo siguiente en los residentes: la irritabilidad con un 58%, el insomnio con un 51%, la dificultad para concentrarse con un 71%, la anhedonia (pérdida de interés o incapacidad para experimentar placer) con un 15% y los síntomas gastrointestinales con un 32%. Según el National Institute of Mental Health (NIMH), los síntomas del TAG pueden incluir: sentirse inquieto o al límite; sentirse fatigado- con frecuencia; dificultad para concentrarse; irritabilidad; sentimientos excesivos de preocupación que son difíciles de controlar; dificultad para dormir.

## 5.1.- Conclusiones

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto significativo en la salud mental de las personas en todo el mundo, incluidos los profesionales de la salud, como los médicos residentes. Este estudio examinó a 116 médicos residentes de diversas especialidades, destacando Medicina de Emergencia y Desastres, Medicina Interna, Medicina Crítica y Terapia Intensiva, Cirugía General y Trasplante, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Familiar y Comunitaria, Otorrinolaringología e Imágenes Diagnósticas. Se encontró una predominancia del género femenino en la muestra, representando el 60.3% de los participantes. La disparidad de género es relevante en el contexto de la salud mental, ya que las mujeres pueden ser más vulnerables a los síntomas depresivos y de ansiedad.\*

La edad de los participantes también fue un factor importante, distribuyéndose en tres rangos principales. El grupo más numeroso se encontraba en el rango de edad de 25 a 30 años, representando el 66.4% de los participantes. Esto refleja la etapa de vida en la que se encuentran los médicos residentes, caracterizada por una transición académica y profesional, así como una carga de responsabilidades y presiones asociadas.

En relación a la evaluación de los síntomas depresivos, se utilizaron las escalas de Zung y Beck. La mayoría de los participantes se clasificaron como "Normal" o presentaron una depresión leve según ambas escalas. Sin embargo, un porcentaje significativo mostró síntomas depresivos moderados o graves según la escala de Beck. Es importante prestar atención a los síntomas depresivos, incluso en su forma más leve, para brindar intervenciones tempranas y prevenir su agravamiento.

En cuanto a los síntomas de ansiedad, se utilizó la escala de Hamilton para su evaluación. Un porcentaje significativo de participantes presentó ansiedad menor, lo que sugiere una presencia leve de síntomas de ansiedad. Además, un número considerable mostró ansiedad moderada. Esto resalta la necesidad de abordar la ansiedad en los médicos residentes y proporcionarles estrategias efectivas de manejo del estrés.



Además de los síntomas depresivos y de ansiedad, se identificaron síntomas asociados frecuentes en los médicos residentes, como el insomnio, la dificultad para concentrarse, la pérdida de interés y los síntomas gastrointestinales. Estos síntomas pueden tener un impacto negativo en la calidad de vida, el desempeño laboral y la salud general de los residentes. Por lo tanto, es crucial abordar no solo los síntomas depresivos y de ansiedad, sino también estos síntomas asociados, para garantizar el bienestar integral de los médicos residentes.

En base a los resultados obtenidos en este estudio, se recomienda la implementación de programas de apoyo psicológico y emocional para los médicos residentes. Estos programas podrían incluir sesiones de terapia individual o grupal, consultas de salud mental y programas de autocuidado. Asimismo, se sugiere proporcionar capacitación en gestión del estrés y resiliencia, así como fomentar una comunicación abierta y transparente entre la institución médica y los médicos residentes. Es esencial considerar la flexibilidad en la carga de trabajo y promover la educación sobre salud mental para reducir el estigma asociado y mejorar la detección temprana de los trastornos de salud mental.

En resumen, la pandemia de COVID-19 ha influido en la salud mental de los médicos residentes, y esto puede atribuirse al aumento de la carga de trabajo, la exposición a situaciones traumáticas, el aislamiento social, el agotamiento emocional y los cambios en la práctica médica. Estos factores contribuyen al desarrollo de síntomas de depresión y ansiedad en los médicos residentes durante este período desafiante. La implementación de las recomendaciones mencionadas puede ayudar a abordar estos problemas y promover el bienestar de los médicos residentes, asegurando así una atención médica de calidad para los pacientes.

## **CAPÍTULO 6.- RECOMENDACIONES**

Programas de apoyo psicológico y emocional: Establecer servicios de apoyo psicológico y emocional para los médicos residentes, como sesiones de terapia individual o grupal, consultas de salud mental y programas de autocuidado. Estos programas pueden ayudar a los residentes a hacer frente al estrés, la ansiedad y la depresión asociados con la pandemia y el trabajo médico.

Capacitación en gestión del estrés y resiliencia: Proporcionar capacitación y talleres sobre técnicas de manejo del estrés, resiliencia y autocuidado. Estas habilidades pueden ayudar a los médicos residentes a enfrentar los desafíos emocionales y psicológicos de manera más efectiva.

Comunicación y apoyo institucional: Fomentar una comunicación abierta y transparente entre la institución médica y los médicos residentes. Brindar canales de comunicación claros para que los residentes puedan expresar sus inquietudes y necesidades, y asegurarse de que se les proporcione el apoyo adecuado.

Flexibilidad en la carga de trabajo: Evaluar y ajustar la carga de trabajo de los médicos residentes, teniendo en cuenta el impacto emocional y psicológico de la pandemia. Proporcionar descansos adecuados, tiempo libre y asegurar un equilibrio entre el trabajo y la vida personal.

Educación sobre salud mental: Implementar programas educativos que ayuden a los médicos residentes a comprender los signos y síntomas de los trastornos de salud mental, y fomentar la conciencia y la reducción del estigma asociado.

Apoyo social y redes de apoyo: Fomentar la creación de redes de apoyo y el trabajo en equipo entre los médicos residentes. Promover actividades sociales y de bienestar que fomenten la camaradería y la conexión entre los colegas. Así como seguimiento a los médicos residentes por parte del departamento de salud ocupacional y psiquiatría ante cualquier sintomatología.

Es importante tener en cuenta que estas son recomendaciones generales y que cada institución médica puede adaptarlas según sus recursos y necesidades específicas. Además, es fundamental contar con el respaldo y la participación activa de la institución médica para implementar estas medidas y asegurar el bienestar del personal médico residente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvarez R. La medida del significado en psicología. Ideas y Valores. 27:175-84. Madrid: Actas del III Foro Nacional de Filosofía; 1978. [ Links ]

Ann Intern Med., 173 (2020), pp. 317-320

Salud Mental [Internet]. EE. UU.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>

Aranda M, Castillo-Mayén MR, Montes-Berges B, Pérez-Cordón L. Las princesas que juegan al fútbol y los príncipes que saltan a la comba. Granada: Ruiz de Aloza Editores; 2012. [ Links ]

Arce C, Stem DE, Andrade EM, Seoane G. Comparación de escalas de respuesta para la medición de las actitudes. Psicothema. 1997;9(3):541-5. Disponible en: <http://www.psicothema.es/pdf/125.pdf> [ Links ]

Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. Guía de apoyo psicosocial durante esta epidemia de coronavirus [internet].España: OME-AEN; 2020 [citado 17 abr. 2020]. Disponible en: <https://ome-aen.org/guia-de-apoyo-psicosocial-durante-esta-epidemia-de-coronavirus/> [ Links ]

Blandin J, Martínez AD. Estrés laboral y mecanismos de afrontamiento: su relación en la aparición del síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital Militar "Dr Carlos Arvelo". Arch Venez Psiquiatr Neurol 2005;51:12-15.

Barredo Ibáñez D. Siglo XXI y Monarquía. Propuestas para dinamizar la caracterización informativa del rey Juan Carlos I. Área Abierta. 2013;13(3):1-22. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/ARAB/article/view/43350> [ Links ]

Brain Behav Immun., (2020),<http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>

Brain Behav Immun., 87 (2020), pp. 11-17

Brain Behav Immun., 88 (2020), pp. 559-565

Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet [internet]. 2020 [citado 17 abr. 2020]; 395(10227):[aprox. 8 p.]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/339522816\\_The\\_psychological\\_impact\\_of\\_quarantine\\_and\\_how\\_to\\_reduce\\_it\\_rapid\\_review\\_of\\_the\\_evidence](https://www.researchgate.net/publication/339522816_The_psychological_impact_of_quarantine_and_how_to_reduce_it_rapid_review_of_the_evidence) [ Links ]

C. Kröger. Shattered social identity and moral injuries: work-related conditions in health care professionals during the COVID-19 pandemic. Psychol Trauma., 12 (2020), pp. S156-S158 <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000715> | Medline

Castillo-Mayén M, Montes-Berges B. Escala de estereotipos de género actuales. Iniciación a la Investig. [Internet] 2007;2:a5. Disponible en: <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/ininv/article/view/198/179> [ Links ]

Center for Disease Control and Prevention. The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019. CCDC Weekly [internet]. 2020 [citado 17 abr. 2020];2(10):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.ourphn.org.au/wp-content/uploads/20200225-Article-COVID-19.pdf> [ Links ]

Centro para el Control y la prevención de Enfermedades. Estrés y cómo sobrellevarlo [internet]. Atlanta: CDC; 2020 [citado 17 abr. 2020]. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/managing-stress-anxiety.html> [ Links ]

Clin Med Res., 14 (2016), pp. 7-14 <http://dx.doi.org/10.3121/cm.2016.1303> | Medline

Collado B, Torre Y. Actitudes hacia la prevención de riesgos laborales en profesionales sanitarios en situaciones de alerta epidemiológica. Med Secur Trab [Internet]. 2015;61(239):233-53. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v61n239/09\\_revision1.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v61n239/09_revision1.pdf) [ Links ]

Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19 [internet]. Washington, D.C: OPS; 2019 [citado 17 abr. 2020]. Disponible en:

<https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-psicosociales-salud-mental-durante-brote-COVID-19> [ Links ]

Compr Psychiatry., 53 (2012), pp. 15-23 <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.02.003> | Medline

Compr Psychiatry., 87 (2018), pp. 123-127 <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.10.003> | Medline

COVID-19 based on current evidence. Int J Antimicrob Agents [Internet]. 2020;(xxxx):105948. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105948> [ Links ]

Dyrbye LN, Thomas MR, Power DV, Durning S, Moutier C, Stanford F, et al. Burnout and Serious Thoughts of Dropping Out of Medical School: A Multi-institutional Study. Academic Medicine 2010; 85(1):94-102. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20042833>.

Epidemia COVID-19. Aggiornamento nazionale [internet]. Italia: Istituto Superiore di Sanità; 2020 [citado 17 abr. 2020]. Disponible en: [https://www.google.com/url?client=internal-element-cse&cx=005880577442820647727:q3zo3k0emvg&q=https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19\\_9-aprile2020.pdf&sa=U&ved=2ahUKEwiGi5aKw4vqAhXLmXIEHY53Cr8QFjAAegQIARAC&usg=AOvVaw3YOrPV2QnSOIeUIOXQIBqM](https://www.google.com/url?client=internal-element-cse&cx=005880577442820647727:q3zo3k0emvg&q=https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_9-aprile2020.pdf&sa=U&ved=2ahUKEwiGi5aKw4vqAhXLmXIEHY53Cr8QFjAAegQIARAC&usg=AOvVaw3YOrPV2QnSOIeUIOXQIBqM) [ Links ]

F.W. Lung, Y.C. Lu, Y.Y. Chang, B.C. Shu. Mental symptoms in different health professionals during the SARS attack: a Follow-up study. Psychiatr Q., 80 (2009), pp. 107-116 <http://dx.doi.org/10.1007/s11126-009-9095-5> | Medline

Factors associated with the psychological impact of severe acute respiratory syndrome on nurses and other hospital workers in Toronto. Psychosom Med., 66 (2004), pp. 938-942 <http://dx.doi.org/10.1097/01.psy.0000145673.84698.18> | Medline

Facultad de Psicología de la República de Uruguay. Aportes del Núcleo Interdisciplinario de Estudios sobre la Vejez y el Envejecimiento (NIEVE) para el trabajo en Salud Mental con Personas

Mayores en el marco de la situación sanitaria por COVID 19, desde una perspectiva de DDHH [Internet]. Uruguay: Instituto de Psicología Social; 2019 [citado 17 abr. 2020]. Disponible en: <http://www.cien.ei.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2020/04/Comunicado1-PersonasMayores-NIEVE-UDELAR-5-4-20.pdf> [ Links ]

Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ* 2008; 336(7642): 488–491.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. Preparación y Respuesta a la Enfermedad del Coronavirus (COVID-19). Resúmenes Técnicos del UNFPA [internet]. Ginebra: UNFPA; 2020 [citado 17 abr. 2020]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID19-TechBrief-Youth-24Mar20.pdf> [ Links ]

Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia. Cómo los adolescentes pueden proteger su salud mental durante el coronavirus (COVID-19) [internet]. Nueva York: Unicef; 2020 [citado 17 abr. 2020]. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/historias/proteccion-de-la-salud-mental-de-adolescentes-durante-el-COVID-19> [ Links ]

García JJ. Satse denuncia la falta de protección que padecen los profesionales del hospital de Linares Ideal [Internet]. Ideal. 2020 [consultado el 3 de Mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.ideal.es/jaen/linares/satse-denuncia-falta-20200418013733-nt.html?ref=https:%2F%2Fwww.google.com%2F> [ Links ]

Geller JL, Abi M. Patients With SMI in the Age of COVID-19: What Psychiatrists Need to Know. *Psychiatric News* [internet] 2020 [citado 17 abr. 2020];55(8):[aprox. 10 p.]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/340540129\\_Patients\\_with\\_SMI\\_in\\_the\\_Age\\_of\\_COVID-19\\_What\\_Psychiatrists\\_Need\\_to\\_Know](https://www.researchgate.net/publication/340540129_Patients_with_SMI_in_the_Age_of_COVID-19_What_Psychiatrists_Need_to_Know) [ Links ]

Generalized anxiety disorder depressive symptoms and sleep quality during COVID-36. outbreak in China: a web-based cross-sectional survey.

González Feijoo M. SATSE denuncia la falta de protección ante las Inspecciones de Trabajo | EnfermeríaTV [Internet]. Enfermería tv. 2020 [consultado el 3 de Mayo de 2020]. Disponible en: <https://enfermeriatv.es/es/falta-de-material-de-proteccion/> [ Links]

H. Jizheng, H. Mingfeng, L. Tengda, R. Ake, Z. Xiaoping. Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. Chin J Indust Hygiene Occup Diseases., 38 (2020), pp. E001

[Heconversation.com/impacto-psicologico-de-la-COVID-19-en-profesionales-en-primera-linea-154603](https://www.heconversation.com/impacto-psicologico-de-la-COVID-19-en-profesionales-en-primera-linea-154603)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.049> | Medline

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2020.03.002>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112936> | Medline

<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954> | Medline

<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2334-10-322> | Medline

<http://dx.doi.org/10.1186/s12245-020-00299-5>

<http://dx.doi.org/10.30773/pi.2020.0127> | Medline

<http://dx.doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00306> | Medline

<http://dx.doi.org/10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063> | Medline

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/coronavirus/symptoms-causes/syc-20479963>

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/coronavirus/diagnosis-treatment/drc-20479976>

I. Khalid, T.J. Khalid, M.R. Qabajah, A.G. Barnard, I.A. Qushmaq Healthcare workers emotions, perceived stressors and coping strategies during a MERS-CoV outbreak.

Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China.

Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study.

Impacto de SARs-CoV-2 (COVID 19) en la salud mental de profesionales sanitarios: una revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública, 94 (2020), pp. e1-e20 Medline

Informe del Comité Mixto OIT-OMS sobre Medicina del Trabajo, novena reunión Ginebra. Factores Psicosociales en el Trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención. Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra. 1984. Disponible en: <http://www.factorpsicosociales.com/wp-content/uploads/2019/02/FPS-OIT-OMS.pdf> [ Links ]

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, 6ª EWCS-España. 2017. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/96082/Encuesta+Nacional+de+Condiciones+de+Trabajo+6%C2%AA+EWCS/abd69b73-23ed-4c7f-bf8f-6b46f1998b45> [ Links ]

Int J Environ Res Public Health., 17 (2020), pp. 1729

IntraMed. Consideraciones de salud mental durante el brote de COVID-19 [internet]. Buenos Aires; 2020 [citado 17 abr. 2020]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenido=95707> [ Links ]

IntraMed. El impacto psicológico de la cuarentena y cómo reducirlo [internet]. Buenos Aires; 2020 [citado 17 abr. 2020]. Disponible en: <https://www.intramed.com>



IntraMed. Mortalidad por suicidio y COVID-19: ¿una tormenta perfecta? [internet]. Buenos Aires; 2020 [citado 17 abr. 2020]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=95948> [Links]

J Pers Soc Psychol., 37 (1979), pp. 1-11 <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.37.1.1> | Medline

J.J. García-Iglesias, J. Gómez-Salgado, J. Martín-Perreira, J. Fagundo-Rivera, D. Ayuso-Murillo, J.R. Martínez-Riera, et al.

J.Z. Huang, M.F. Han, T.D. Luo, A.K. Ren, X.P. Zhou. JAMA Netw Open., 3 (2020), pp. e203976

Juárez-García A. Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. Salud UIS. 2020; 53(4): 432-439. doi: <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n4-2020010>

Khanna R.C., Honavar S.G., Metla A.L., Bhattacharya A., Maulik P.K. Psychological impact of COVID-19 on ophthalmologists-in-training and practising ophthalmologists in India. Indian J Ophthalmol. 2020;68:994–998. doi: 10.4103/ijo.IJO\_1458\_20. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Network Open [internet]. 2020 [citado 17 abr. 2020];3(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7090843/> [ Links ]

Lázaro Á. Sanidad fija las prioridades de uso ante la falta de EPI [Internet]. Redacción médica. 2020 [consultado el 3 de Mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-mascarilla-protocolo-de-trabajo-y-sanidad-4959> [ Links ]

Les professionnels de santé face ‘a la pandémie de la maladie ‘a coronavirus (COVID-19): quels risques pour leur santé mentale?.L’Encéphale, (2020),<http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>

L.A. Nickell, E.J. Crighton, C.S. Tracy, H. Al-Enazy, Y. Bolaji, S. Hanjrah, et al.

A multinational, multicenter study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak 2020.

McNally JW, Levenstein MC. Working Paper 2: Best Practices for measuring the social, behavioral, and economic impact of epidemics [internet]. United States: University of Michigan; 2020 [citado 17 abr. 2020]. Disponible en: <https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/154682/Best%20Practices%20Measuring%20Impact%20of%20Epidemics%20Version%20April%203%2c%202020.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [ Links ]

Meo S.A., Abukhalaf A.A., Alomar A.A., Sattar K., Klonoff D.C. COVID-19 pandemic: Impact of quarantine on medical students' mental wellbeing and learning behaviors. *Pak J Med Sci.* 2020;36(COVID19-S4):S43–S48. doi: 10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2809. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Ministerio de la Presidencia relaciones con las cortes y memoria democrática. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. *Boletín Oficial del Estado.* 2020;67(I):25390-400. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463> [ Links ]

Ministerio de Sanidad del Gobierno de España. Enfermedad por nuevo coronavirus, COVID-19 [Internet] [consultado el 1 de Mayo de 2020]. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Informacion\\_inicial\\_alerta.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Informacion_inicial_alerta.pdf) [ Links ]

Ministerio de Sanidad del Gobierno de España. Situación de COVID-19 o Coronavirus en España. [Internet] [consultado el 3 de Mayo de 2020]. Disponible en: <https://COVID19.isciii.es/> [ Links ]

Moreno Jimenez B, Báez León, C. Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. 2010. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo Inmigración. p. 188. Disponible en:

<https://www.insst.es/documents/94886/96076/Factores+y+riesgos+psicosociales%2C+formas%2C+consecuencias%2C+medidas+y+buenas+pr%C3%A1cticas/c4cde3ce-a4b6-45e9-9907-cb4d693c19cf> [ Links ]

N. Shaukat, D. Mansoor, J. Razzak. Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: a scoping review. *Int J Emerg Med.*, (2020),

Organización Internacional del Trabajo (OIT) y Organización Mundial de la Salud (OMS). (1984). *Medicina del trabajo y la salud ocupacional*. OIT.

Organización Mundial de la Salud. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020 [Internet] [consultado el 1 de Mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19---11-march-2020> [ Links ]

Organización Mundial de la Salud. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. [consultado 21 Ago 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19---11-march-2020>; 2020.

Organización Mundial de la Salud [Internet]. Suecia: Mental health ;2021. Disponible en: [https://www.who.int/health-topics/mentalhealth#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/mentalhealth#tab=tab_2)

Organización Mundial de la Salud. Declaración sobre la segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV) [Internet] [consultado el 1 de Mayo de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)) [ Links ]

Organización Mundial de la Salud. Salud mental y apoyo psicosocial en las emergencias [internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 17 abr. 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/emergencias/es/](https://www.who.int/mental_health/emergencias/es/) [ Links ]

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2021). Trastornos mentales y del comportamiento. <https://www.paho.org/es/temas/trastornos-mentales-y-del-comportamiento> Organización Panamericana de la Salud.

Osgood C, Suci G, Tannenbaum P. The measurement of meaning. Illinois: Univ Illinois Press.1957. [Links]

P. Goulia, C. Mantas, D. Dimitroula, D. Mantis, T. Hyphantis. General hospital staff worries, perceived sufficiency of information and associated psychological distress during the A/H1N1 influenza pandemic. *BMC Infect Dis*, 10 (2010), pp. 322

P. Wu, Y. Fang, Z. Guan, B. Fan, J. Kong, Z. Yao, et al. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can J Psychiatry*, 54 (2009), pp. 302-311 <http://dx.doi.org/10.1177/070674370905400504> | Medline

Prevalence of depression, anxiety and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis.

Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *Br J Psychiatry*, 185 (2004), pp. 127-133 <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.185.2.127> | Medline

Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers in Singapore.

Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. Psychosocial effects of SARS on hospital staff: Survey of a large tertiary care institution.

Q. Liao, B.J. Cowling, W.W. Lam, D.M. Ng, R. Fielding. Anxiety, worry and cognitive risk estimate in relation to protective behaviors during the 2009 influenza A/H1N1 pandemic in Hong Kong: ten cross-sectional surveys. *BMC Infect Dis.*, 14 (2014), pp. 169 <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2334-14-169> | Medline

Reger MA, Stanley IH, Joiner TE. Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019-A Perfect Storm? *JAMA Psychiatry* [internet]. 2020 [citado 17 abr. 2020]. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2764584> [ Links ]

R.G. Maunder, W.J. Lancee, S. Rourke, J.J. Hunter, D. Goldbloom, K. Balderson, et al. Reasons for health care workers becoming infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China.

Richardson V. Y a nuestros residentes ¿quién los cuida? *Bol Med Hosp Infant Mex* 2006; 63: 155-157.

Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *J Autoimmun.* 2020;109(May):102433. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32113704/> [ Links ]

R. Pan, L. Zhang, J. Pan. The anxiety status of Chinese medical workers during the epidemic of COVID-19: a meta-analysis. *Psychiatry Investig.*, 17 (2020), pp. 475-480

S.C. Kobasa. Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness.

S.M. Lee, W.S. Kang, A.R. Cho, T. Kim, J.K. Park. Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients.

S.M.Y. Ho, R.S.Y. Kwong-Lo, C.W.Y. Mak, J.S. Wong. Fear of severe acute respiratory syndrome (SARS) among health care workers. *J Consult Clin Psychol.*, 73 (2005), pp. 344 <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.73.2.344> | Medline

S.P. Stawicki, L. Paladino, R.P. Sharpe, S.C. Galwankar, F. Sholevar, C. Marchionni, et al. Reflections on the Ebola public health emergency of international concern, part 2: The unseen epidemic of posttraumatic stress among health-care personnel and survivors of the 2014-2016 Ebola outbreak. *J Glob Infect Dis.*, 9 (2017), pp. 45-50 [http://dx.doi.org/10.4103/jgid.jgid\\_24\\_17](http://dx.doi.org/10.4103/jgid.jgid_24_17) | Medline

Studies of Novel Coronavirus Disease 19 (COVID-19) pandemic: a global analysis of literature. *Int J Environ Res Public Health.*, 17 (2020), pp. 4095

Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staff involved in the 2019 novel coronavirus disease outbreak.

The prevalence and influencing factors for anxiety in medical workers fighting COVID- in China: a cross-sectional survey. *Epidemiol Infect.*, 148 (2020), pp. e98

The role of fear-related behaviors in the 2013-2016 West Africa Ebola virus disease outbreak. *Cur Psychiatry Rep.*, 18 (2016), pp. 104 <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-016-0741-y> | Medline

Valdés I. Madrid y Andalucía retiran decenas de miles de mascarillas defectuosas que distribuyeron a los sanitarios | Sociedad | EL PAÍS [Internet]. El País. 2020 [consultado el 3 de Mayo de 2020]. Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2020-04-29/madrid-y-andalucia-retiran-decenas-de-miles-de-mascarillas-defectuosas-usadas-por-los-sanitarios.html> [ Links ]

Vega-Monsave NC, Serna-Gómez HM. Validación de un cuestionario sobre el bienestar psicológico en el personal de enfermería. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2020;1(520):1-22. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1653/413> [ Links ]

Wang L, Wang Y, Ye D, Liu Q. A review of the 2019 Novel Coronavirus

X. Liu, M. Kakade, C.J. Fuller, B. Fan, Y. Fang, J. Kong, et al. Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic.

Y. Bao, Y. Sun, S. Meng, J. Shi, L. Lu. 2019-CoV epidemic: Address mental health care to empower society. *Lancet.*, 395 (2020), pp. e37-e38 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30309-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30309-3) | Medline

Y.T. Xiang, Y. Yang, W. Li, L. Zhang, Q. Zhang, T. Cheung, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry.*, 7 (2020), pp. 228-229 [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8) | Medline

*Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi.*, 38 (2020), pp. 192-195

## APÉNDICE.

### ANEXO 1. TABLAS

**Tabla 1: Prevalencia según el sexo de depresión y ansiedad tras la pandemia del COVID – 19 en los médicos residentes del Hospital General de la Plaza de la Salud, Santo Domingo, Rep. Dom. Año académico 2022-2023. n:116**

<b>Tabla 1</b>		
<b>Sexo</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Masculino</b>	46	39.7%
<b>Femenino</b>	70	60.3%
<b>Total</b>	116	100%

Fuentes: Entrevistas a médicos residentes del Hospital General Plaza de la Salud en el año académico 2022-2023

**Tabla 2: Distribución por edades de Prevalencia de depresión y ansiedad tras la pandemia del COVID – 19 en los médicos residentes del Hospital General de la Plaza de la Salud, Santo Domingo, Rep. Dom. Año académico 2022-2023. n:116**

<b>Tabla 2</b>		
<b>Rango de edad</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>25-30 años</b>	77	66.40%
<b>31-35 años</b>	30	25.90%
<b>35+ años</b>	9	7.80%
<b>Total</b>	116	100%

Fuentes: Entrevistas a médicos residentes del Hospital General Plaza de la Salud en el año académico 2022-2023

**Tabla 3: Distribución de Prevalencia de depresión y ansiedad tras la pandemia del COVID – 19 en los médicos residentes del Hospital General de la Plaza de la Salud, Santo Domingo, Rep. Dom. Año académico 2022-2023 según escala de Zung de depresión. el Hospital General Plaza de la Salud. n:116**

<b>Tabla 3</b>			
<b>Escala de Zung de depresión</b>	<b>Clasificación</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>25-49</b>	<b>Normal</b>	93	80.2%
<b>50-59</b>	<b>Ligeramente deprimida</b>	23	19.8 %
<b>60-69</b>	<b>Moderadamente deprimida</b>	0	0.0 %
<b>70+</b>	<b>Severamente deprimida</b>	0	0.0 %
<b>Total</b>		116	100%

Fuentes: Entrevistas a médicos residentes del Hospital General Plaza de la Salud en el año académico 2022-2023



**Tabla 4: Distribución de Prevalencia de depresión y ansiedad tras la pandemia del COVID – 19 en los médicos residentes del Hospital General de la Plaza de la Salud, Santo Domingo, Rep. Dom. Año académico 2022-2023 según escala de Beck de depresión. n:116**

<b>Tabla 4</b>			
<b>Escala de Beck</b>	<b>Clasificación</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>0-13</b>	<b>Mínimo</b>	68	62.4 %
<b>20-28</b>	<b>Moderado</b>	12	10.1 %
<b>29-63</b>	<b>Grave</b>	6	5.5 %
<b>Total</b>		116	100%

Fuentes: Entrevistas a médicos residentes del Hospital General Plaza de la Salud en el año académico 2022-2023

**Tabla 5: Distribución de Prevalencia de depresión y ansiedad tras la pandemia del COVID – 19 en los médicos residentes del Hospital General de la Plaza de la Salud, Santo Domingo, Rep. Dom. Año académico 2022-2023 según escala de ansiedad de Hamilton. n:116**

<b>Tabla 5</b>			
<b>Escala de ansiedad de Hamilton</b>	<b>Clasificación</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>0-5</b>	<b>No ansiedad</b>	25	21.6%
<b>6-14</b>	<b>Ansiedad menor</b>	56	48.3%
<b>15+</b>	<b>Ansiedad moderada</b>	35	30.2%
<b>Total</b>		116	100%

Fuentes: Entrevistas a médicos residentes del Hospital General Plaza de la Salud en el año académico 2022-2023

**Tabla 6: Síntomas de Prevalencia de depresión y ansiedad tras la pandemia del COVID – 19 en los médicos residentes del Hospital General de la Plaza de la Salud, Santo Domingo, Rep. Dom. Año académico 2022-2023 según escala de depresión Zung y Beck y ansiedad de Hamilton. n:116**

<b>TABLA 6</b>			
<b>Síntomas</b>	<b>Presente</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Irritabilidad</b>	<b>67</b>	<b>116</b>	<b>58%</b>
<b>Insomnio</b>	<b>59</b>	<b>116</b>	<b>51%</b>
<b>Dificultad para concentrarse</b>	<b>83</b>	<b>116</b>	<b>71%</b>
<b>Anhedonia</b>	<b>17</b>	<b>116</b>	<b>15%</b>
<b>Síntomas Gastrointestinales</b>	<b>38</b>	<b>116</b>	<b>32%</b>

Fuentes: Entrevistas a médicos residentes del Hospital General Plaza de la Salud en el año académico 2022-2023

**Tabla 7: Prevalencia de depresión y ansiedad tras la pandemia del COVID – 19 en los médicos residentes del Hospital General de la Plaza de la Salud, Santo Domingo, Rep. Dom. Año académico 2022-2023 según escala de depresión Zung y Beck y ansiedad de Hamilton. Distribución de participantes con datos de depresión o ansiedad. n:102**

<b>TABLA 7</b>					
<b>Sexo</b>	<b>Participantes</b>	<b>Sintomaticos</b>	<b>Asintomaticos</b>	<b>Porcentaje sintomaticos</b>	<b>Porcentaje no sintomaticos</b>
<b>Hombres (n=46)</b>	<b>46</b>	<b>42</b>	<b>4</b>	<b>91%</b>	<b>9%</b>
<b>Mujeres (n=46)</b>	<b>70</b>	<b>60</b>	<b>10</b>	<b>85%</b>	<b>15%</b>

Fuentes: Entrevistas a médicos residentes del Hospital General Plaza de la Salud en el año a académico 2022-2023

## APENDICE. ANEXO 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

### Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con que frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

Por favor marque (✓) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

## ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Instrucciones: La lista de síntomas es para ayudar al médico o psiquiatra en la evaluación del grado de ansiedad del paciente y sin alteración patológica. Por favor anote la puntuación adecuada.

**0 = Ninguno 1= Leve 2 = Moderada 3 = Grave 4 = Muy incapacitante**

Elemento	Síntomas	Punt.	Elemento	Síntomas	Punt.
1. Ansioso	Preocupaciones, anticipación de lo peor, anticipación temerosa, irritabilidad		9. Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, pulso fuerte, sensación de desvanecimiento, ausencia de latido	
2. Tensión	Sensación de tensión, fatiga, respuesta de alarma, llanto fácil, temblor, sentimiento de inquietud, incapacidad para relajarse		10. Síntomas respiratorios	Presión o constricción torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea	
3. Miedos	A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solos, a los animales, al tráfico, a las multitudes		11. Síntomas gastrointestinales	Dificultad para tragar, gases, dolor abdominal, ardor, plenitud abdominal, náuseas, vómito, borborigmos, atonía intestinal, pérdida de peso, estreñimiento	
4. Insomnio	Dificultad para quedarse dormido, sueño fragmentado, sueño insatisfactorio o fatiga al despertar, sueños, pesadillas o terrores nocturnos		12. Síntomas genitourinarios	Frecuencia de micción, urgencia miccional, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia	
5. Intelectual	Dificultades de concentración, memoria reducida		13. Síntomas autónomos	Boca seca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, mareos, cefalea tensional, erizamiento del cabello	
6. Humor depresivo	Pérdida de interés, ausencia de placer en las aficiones, depresión, despertar anticipado, variación en el día		14. Comportamiento durante la entrevista	Nerviosismo, inquieto o tranquilo, temblor de manos, ceño fruncido, tensión facial, suspiros o respiración acelerada, palidez, facial, tragar saliva, eructos, sacudidas tendinosas enérgicas, pupilas dilatadas, exoftalmos	
7. Somático (muscular)	Dolores, contracciones, rigidez, sacudidas mioclónicas, rechinar de dientes, voz titubeante, aumento de tono muscular			<b>Puntuación total</b>	
8. Somático (sensorial)	Tinnitus, visión borrosa, ráfagas de frío o calor, sensación de debilidad, sensación de incomodidad				

### **Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)**

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....  
Ocupación ..... Educación:.....Fecha:.....

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

**1. Tristeza**

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

**2. Pesimismo**

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

**3. Fracaso**

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

**4. Pérdida de Placer**

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

**5. Sentimientos de Culpa**

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

**6. Sentimientos de Castigo**

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

**7. Disconformidad con uno mismo.**

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

**8. Autocrítica**

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

**9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

**10. Llanto**

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

**11 Agitación**

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

**12 Pérdida de Interés**

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

**13. Indecisión**

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

**14. Desvalorización**

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

**15. Pérdida de Energía**

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

**16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

**17. Irritabilidad**

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

**18. Cambios en el Apetito**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

**19. Dificultad de Concentración**

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

**20. Cansancio o Fatiga**

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

**21. Pérdida de Interés en el Sexo**

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.



## APENDICE. ANEXO 3. APROBACION COMITÉ DE ETICA UNIBE



### Aplicación Completa para Estudiantes

<b>Código de Aplicación</b>	ACECEI2023-68
<b>Nombre del Estudiante #1</b>	JENNIFFER LUZON VOLQUEZ
<b>Matrícula del Estudiante #1</b>	201100
<b>Nombre del Estudiante #2</b>	PATRICIA FONTAL PRENSIA
<b>Matrícula del Estudiante #2</b>	201109
<b>Nombre del Proyecto de Investigación</b>	Prevalencia de depresión y ansiedad tras la pandemia del COVID – 19 en los médicos residentes del Hospital General de la Plaza de la Salud, Santo Domingo, Rep. Dom. Año académico 2022-2023
<b>CAMBIOS APROBADOS DÍA</b>	Wednesday, May 10, 2023
<b>ESTADO DE LA APLICACIÓN</b>	APROBADO



**Hoja de Evaluación**

**República Dominicana**  
**UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA – UNIBE**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**Escuela de Medicina**  
**Sustentantes:**

\_\_\_\_\_  
**Dra. Patricia Fontal Prensia**

\_\_\_\_\_  
**Dra. Jenniffer Luzón Volquez**

**Asesores:**

\_\_\_\_\_  
**Dra. Violeta González**

\_\_\_\_\_  
**Dra. Ana Consuegra**

**Jurados**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Autoridades Escuela de Medicina**

\_\_\_\_\_  
**Dr. Marcos Núñez**

**Decano**

\_\_\_\_\_  
**Dra. Violeta González**

**Directora Académica**

\_\_\_\_\_  
**calificación**