

POSGRADO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN CLÍNICA MÉDICA



Impacto en la salud mental del personal de salud debido a la pandemia por el SARS-CoV-2 en un Hospital de Segundo nivel.



Autor: Antúnez Galarza Héctor Emmanuel ⁽¹⁾

Tutores; Jaimet, Celia ⁽²⁾, Nieto, Romina ⁽³⁾

1. Médico. Residencia finalizada de la carrera de especialización en Clínica Médica del Hospital Intendente Gabriel Carrasco. Facultad de Ciencias Médicas. UNR

2. Médica Especialista en Clínica Médica. Especialista en Terapia Intensiva. Maestría en Gestión y Servicios de Salud, Staff del servicio de Clínica Médica del Hospital Intendente Carrasco.

3. Médica .Especialista en Clínica Médica, Terapia intensiva y Reumatología, Staff del servicio de Clínica Médica del Hospital Intendente Carrasco.

ÍNDICE

ÍNDICE	2
ABREVIATURAS	3
INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS	7
Primarios;.....	7
Secundarios;.....	7
MATERIALES Y METODOS	8
Diseño metodológico:	8
Área de estudio:	8
Población:	8
Criterios de inclusión:	8
Criterios de exclusión:	8
INTERVENCIONES	9
DEFINICIONES	10
VARIABLES	11
CONSIDERACIONES ÉTICAS	12
ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	13
RESULTADOS ESTADÍSTICOS	13
ANÁLISIS DESCRIPTIVO	14
DISCUSIÓN	29
LIMITACIONES	33
BIBLIOGRAFÍA	35
ANEXO ENCUESTA	44
ANEXO Escala DASS-21	45
Anexo Escala de Atenas	46
ANEXO	46
ANEXO II. CARTA AL COMITÉ DE ÉTICA DEL HOSPITAL INTENDENTE GABRIEL CARRASCO. ..	48

ABREVIATURAS

- **SARS-CoV 2:** Síndrome respiratorio agudo grave de tipo 2.
- **MERS-CoV:** Síndrome respiratorio por coronavirus de Oriente Medio.
- **H1N1:** influenza virus.
- **DASS 21:** Escala de depresión, ansiedad y estrés.
- **AIS:** Escala de Atenas (Insomnio).
- **CIE 10:** Código Internacional de Enfermedades, elaborado por la Organización Mundial de la Salud.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **OPS:** Organización Panamericana de la Salud.
- **HIC:** Hospital Intendente Carrasco.

INTRODUCCIÓN

Los avances en investigaciones epidemiológicas permiten conocer el importante impacto que los problemas de salud mental producen a escala mundial, tanto para quienes los padecen como para sus familias y la sociedad ^[1-2].

Según estudios europeos y latinoamericanos, estos problemas son frecuentes en distintos niveles de atención de salud, siendo los trastornos de ansiedad, estrés y depresión los más prevalentes. ^[1-3-4]

En diciembre de 2019 se notificaron en la ciudad de Wuhan (China) una serie de casos por neumonías de origen desconocido ^[5]. Se comprobó que el agente etiológico es un betacoronavirus (ARN) con una similitud filogenética con el SARS-CoV, por lo que pasó a llamarse SARS CoV-2, o enfermedad por coronavirus 2019 (Covid-19) ^[6-7-8].

El 30 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró al brote “emergencia de salud pública de interés internacional”, y el 11 de marzo de 2020 como pandemia ^[9].

Desde la actualización epidemiológica, hasta el 13 de abril del 2021, fueron notificados 136.115.434 de casos confirmados de COVID-19 a nivel global, incluyendo 2.936.916 defunciones. ^[10]

En la Región de las Américas se han notificado 58.571.081 casos confirmados de COVID-19, incluidas 1.419.170 defunciones desde la detección de los primeros casos en la Región en enero del 2020 ^[10]

Los datos oficiales de 21 países de las Américas notificaron 1.773.169 casos confirmados de COVID-19, incluidas 8.655 defunciones en trabajadores de la salud. En Argentina fueron 78.806 casos y 472 defunciones, desde enero de 2020 hasta la fecha de realización de nuestro estudio ^[10].

El primer caso en Argentina se notifica el 3 de marzo de 2020 ^[11]. En Rosario se confirma el 15 de Marzo. En este contexto los contagios aumentaron rápidamente, debido a esto se implementaron medidas para su prevención, como el aislamiento social preventivo y obligatorio, desde el 20 de marzo ^[11]

La declaración de la pandemia en marzo de 2020 y las medidas de confinamiento, generaron un problema en la salud pública sin precedentes, con consecuencias para la salud mental de la población general y especialmente para el personal sanitario ,según estudios realizados en China y otros países asiáticos [12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23].

Varios estudios publicados reflejaron el aumento en la prevalencia de estrés, ansiedad, depresión, insomnio o burnout entre profesionales de la salud durante la pandemia actual. [24-25-26-27,28].

Se estima, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que una de cada cuatro personas, es decir, un 25% de la población general, sufre algún trastorno mental o del comportamiento en el transcurso de su vida. [29]

Según la (OMS), la salud mental es definida como el estado de bienestar en la cual la persona ejerce sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de lo cotidiano, fundamento del bienestar individual y eficaz para su comunidad [30]. La **depresión** también conocido como trastorno depresivo mayor o depresión clínica, es un trastorno del estado de ánimo común y grave. Aquellos que sufren de depresión experimentan sentimientos persistentes de tristeza y desesperanza y pierden interés en las actividades que alguna vez disfrutaron. Aparte de los problemas emocionales causados por la depresión, las personas también pueden presentar un síntoma físico como dolor crónico o problemas digestivos. [31]

La **ansiedad** es la anticipación aprensiva de un daño o desgracia futura, acompañado de sentimientos de disforia o sentimientos somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser externo o interno [32].

El **estrés**, es el patrón de respuestas específicas y no específicas que una persona presenta antes los estímulos que perturban su equilibrio y que retan o exceden su capacidad de hacerles frente, es la respuesta de nuestro cuerpo a las presiones de una situación o evento de la vida. Lo que contribuye al estrés puede variar enormemente de persona a persona y difiere según nuestras circunstancias sociales y económicas, el entorno en el que vivimos y nuestra composición genética [33-34].

Como instrumento para la medición de la presencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés, se empleó la escala Dass-21, estandarizada y validada en su traducción al español [35]. Se ha utilizado tanto en muestras clínicas como no clínicas. Estudios previos sugieren que es un instrumento apropiado para el cribado de trastornos mentales, ya que

posee una buena validez discriminante. Se ha utilizado previamente para valorar el impacto emocional asociado a la Covid-19 en trabajadores sanitarios [36].

Por otro lado, se utilizó la escala de insomnio de Atenas (AIS) en su versión española. Se trata de un instrumento diseñado para cuantificar la dificultad del sueño en base en la CIE-10 (Código Internacional de Enfermedades) [37].

Actualmente, ante la expansión de la COVID-19 en Argentina, existe preocupación sobre todas estas cuestiones y especialmente acerca del impacto psicológico, en el personal de salud el cual constituyo un **grupo de riesgo** de padecer ansiedad, estrés, depresión e insomnio por la exposición al SARS-CoV2, la falta de equipo de protección personal, la preocupación de contagio a sus familiares y las modificaciones constantes de protocolos hospitalario [38].

Por lo antes mencionado, nos propusimos a realizar un estudio con el fin de valorar el impacto en la salud mental del personal de salud, debido a la pandemia por el SARS-CoV-2 en un Hospital de Segundo nivel con atención exclusiva de pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19.

OBJETIVOS

Primarios:

- Evaluar el nivel de estrés, ansiedad, depresión e insomnio mediante la escala de medidas (DASS-21) y Atenas (AIS) en el personal sanitario de un hospital de segundo nivel referente a la atención de pacientes sospechosos o confirmados de SARS-Cov2 en la ciudad de Rosario durante la pandemia.

Secundarios:

- Describir las características clínicas y socio-demográficas del personal sanitario.
- Determinar si existe relación entre las características anteriormente descritas y el desarrollo de estrés, ansiedad, depresión e insomnio, medida mediante escalas (DASS-21) y Atenas (AIS).

MATERIALES Y METODOS

Diseño metodológico:

Estudio epidemiológico, no experimental, observacional, descriptivo y analítico, de corte transversal. Realizado a partir de encuestas semi-cerradas (Anexo), que fueron relevadas de manera consecutiva y voluntaria.

Periodo:

Desde 1 de abril al de 15 de abril de junio 2021.

Área de estudio:

El Hospital Intendente Carrasco, se encuentra en la Zona Oeste de la Ciudad de Rosario, es una ciudad situada al sureste de la provincia de Santa Fe, República Argentina. Es la tercera ciudad más grande del país, y cuenta con una población aproximada de 1.690.000 habitantes. El hospital se funda en 1897 como Casa de Aislamiento, para enfermedades infectocontagiosas, convirtiéndose luego en Hospital de Segundo Nivel de la red Municipal. Cuenta con consultorios externos, guardia general y tres salas de internación para mayores de 14 años, con capacidad de 60 camas. En junio de 2020 como consecuencia de la pandemia del SARS-CoV-2 se decide organizar la totalidad de sus salas para la atención exclusiva de pacientes sospechosos o confirmados de SARS CoV2. Como así también habilitar consultorios externos exclusivos para la atención a pacientes sospechosos.

Población:

Mayores de 18 años, que cumplan los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Personal de Salud mayor de 18 años (Médicos, Enfermeros, Kinesiólogos, Bioquímicos, Camilleros, Mucamos, Farmacéuticos, Trabajador social y Personal administrativo) en actividad presencial durante la pandemia de covid-19, que se desempeñaron en los servicios del Hospital Intendente Carrasco, en los sectores de enfermería, guardia externa, guardia interna, consultorio, laboratorio, farmacia y administración, los cuales tuvieron acceso a una carta de consentimiento en la cual se informó del carácter voluntario de la participación y de la confidencialidad de los datos entregados, de acuerdo con las normas éticas vigentes para este tipo de estudio y según la ley 25.326 de protección de datos de carácter personal en Argentina. Todos los encuestados dieron su consentimiento informado al comienzo de la encuesta con una pregunta de sí-no que confirma su voluntad de participar en el estudio y así poder acceder a la encuesta.

Criterios de exclusión:

- Personal no perteneciente a la institución.
- Trabajadores que se negaron a completar la encuesta.
- Personal licenciado durante la pandemia por presentar factores de riesgo.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos fueron recolectados a través de una encuesta semiestructura de Formulario de Google Forms (<https://www.google.com/forms/about>) que se difundió mediante plataformas virtuales para el personal de nuestro efector, ya sea por mail u otro medio virtual, se realizaron preguntas sociodemográficas y se utilizaron la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) y de Atenas (AIS).

Debido a la operatividad de los formularios Google, debió ingresarse con una cuenta Gmail para responder la encuesta. De este modo, el mismo programa bloquea el intento de responder nuevamente a la encuesta utilizando la misma dirección de email.

DEFINICIONES

Escala DASS 21; La escala de depresión, ansiedad y estrés, conocida como DASS (del inglés Depression, Anxiety, Stress Scale), es un test psicométrico desarrollado por Peter Lovibond y otros investigadores de la Universidad de Nueva Gales del Sur, Australia. Está diseñado como un instrumento de autoinformé que puede ser utilizado para investigadores y médicos profesionales.^[39]

La escala esta estandarizada y validada en su traducción al español^[39]. Tienen por objetivo medir los estados emocionales negativos: depresión que evalúa desesperanza, baja autoestima y bajo afecto positivo; ansiedad que evalúa activación fisiológica, síntomas musculoesqueléticos y sensación subjetiva de ansiedad; y estrés que evalúa tensión, agitación y afecto negativo, consta de un total de 21 ítems, cada uno correspondiente a un síntoma específico para el cual el encuestado debe responder 0, 1, 2 o 3 según el grado de ocurrencia de cada síntoma.

La escala de calificación va desde 0: no me ha ocurrido; 1: me ha ocurrido un poco o durante parte del tiempo; 2: me ha ocurrido bastante o durante una buena parte del tiempo; y 3: me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo.

Los 21 ítems de la escala Dass-21 se subdividen en tres subescalas con siete ítems cada una: subescala depresión (ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), subescala ansiedad (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y subescala estrés (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). A fin de evaluar cada subescala por separado, se deben sumar las puntuaciones de los ítems correspondientes a cada una.

Para la interpretación de los resultados, utilizan los siguientes puntos de corte: para la **subescala depresión**, 5-6 puntos = síntomas de depresión leve, 7-10 puntos = síntomas de depresión moderada, 11-13 puntos = síntomas de depresión severa, 14 o más puntos = síntomas de depresión extremadamente severa; para la **subescala ansiedad**: 4 puntos = síntomas de ansiedad leve, 5-7 puntos = síntomas de ansiedad moderada, 8-9 puntos = síntomas de ansiedad severa, 10 o más puntos = ansiedad extremadamente severa; y para la **subescala estrés**: 8-9 puntos = síntomas de estrés leve, 10-12 puntos =síntomas de estrés moderado, 13-16 puntos = síntomas de estrés severo y 17 o más puntos = síntomas de estrés extremadamente severo (Ver Anexo)

Escala de Atenas (AIS); Es un instrumento psicométrico de autoevaluación diseñado para cuantificar la dificultad del sueño en base a los criterios de la CIE-10. En su versión española. Consta de ocho elementos: los primeros cinco pertenecen a la inducción del sueño, los despertares durante la noche, el despertar final, la duración total del sueño y la calidad del sueño; mientras que los tres últimos se refieren al bienestar, la capacidad funcional y la somnolencia durante el día^[40].

Cada ítem se puede calificar en una escala de [0-3], [0]-ningún problema [1]-problema leve, [2]-problema considerable, [3]- problema intenso.

La puntuación total se obtiene de la suma de puntuaciones en ocho ítems (rango 0-24). En el presente estudio, se utilizó una puntuación AIS total de 6 o más para considerar el insomnio^[41]. (Ver Anexo)

Conviviente; Este término se refiere a una persona que convive, cohabita, vive, comparte, alterna y relaciona en una misma vivienda.

VARIABLES

- **Género:** Femenino o Masculino
- **Edad:** Expresado en años
- **Antecedentes personales (Autoreferenciado por el paciente):** No o Si; HTA, DBT tipo I o II, Obesidad, EPOC, Asma o trastorno mental de base.
- **Convivientes;** Si o NO
- **Ámbito de trabajo:** privado, público o ambos
- **Área de trabajo:** sala de internación, consultorio externo, consultorio de febriles, guardia, cocina, oficinas administrativas, dirección.
- **Actividad que desempeña:** Medico, enfermero, kinesiólogo, camillero, bioquímico, cocina, mucamas, administrativos o directivos.
- **Tiempo de permanecía en el trabajo:** Expresados en horas por semana.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitó la aprobación del proyecto al Comité de Investigación y Docencia de nuestro hospital, después de su aprobación se siguieron las normas establecidas por el comité.

Se informó al personal encuestado cual es el tema de investigación, así como el propósito del estudio y las implicancias de este. (Ver Anexo)

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Los datos fueron categorizados y exportados al programa estadístico IBM SPSS (Statistics for Windows, versión 23.0) para su análisis.

Para describir las variables discretas se utilizaron frecuencias absolutas y relativas. Para las variables continuas se utilizó mínimo, máximo, promedio y desvío estándar. Se realizaron gráficos de sectores, barras, histogramas y box plots.

Para estudiar la relación univariada entre las variables cualitativas aplicaron los test estadísticos Chi cuadrado o Test de Irwin Fisher según correspondiese. Para estudiar la relación entre los promedios se utilizó el test T-Student. En todos los casos se utilizó un nivel de significación de $p < 0,05$

Para la relación multivariada, para evaluar las diferencias medias de los niveles de depresión, ansiedad, estrés e insomnio en función de las variables sociodemográficas analizadas se utilizó el ajuste MANOVA, también utilizando un nivel de significación de $p < 0,05$.

RESULTADOS

En el período comprendido entre el 1 de abril al 15 de abril 2021 se realizaron encuestas al personal de salud del HIC, con el fin de evaluar el impacto en la salud mental durante la pandemia. La misma fue respondida por 203 personas, de las cuales 14 luego fueron excluidas por criterio de exclusión. Se incluyeron para el análisis un total 189 encuestados.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Entre los participantes del estudio, 142 (75.1%) eran mujeres y 47 (24.9%) hombres. La edad media de los participantes fue 37.3 años. En relación a los años que trabaja en la institución un total de 92 (48.7 %) manifestaron una antigüedad laboral por debajo de los 5 años, un 41 (21.7 %) de 6 a 10 años, un 22 (11.6%) entre los 11 a 15 años y un 34 (18%) más de 16 años.

El ámbito de trabajo 149 (78.8%) se desempeñaban en el sector público, un total de 40 (21.1%) en ambos sectores (público y privado).

Con respecto a la actividad que desempeñaban 97 (51.3 %) eran médicos, 39 (20.6%) enfermeros, 15 (7.9%) administrativo, 14 (7.4%) bioquímicos, 6 (3.2%) kinesiólogos, 5 (2.6%) mucamos, 4 (2.1 %) eran del sector de cocina, 4 (2.1%) eran de trabajo social, 4 (2.1 %) eran camillero, 1 (0.5%) psiquiatra/psicólogo.

En relación al área de trabajo, 119 (63%) se desempeñaron en la sala de internación, 52 (27.5%) en guardia externa, 49 (25.9%) en consultorio de febriles, 44 (23.3%) en consultorio externo, 23 (12.2%) en sectores administrativos.

Con respecto a los antecedentes personales, un total de 53 (28%) refirió presentar algún antecedentes personal y 136 (72%) de la muestra por el contrario no padecer ninguna enfermedad crónica.

Debido la pandemia se observó que un 79 personas (41.8%) requirieron consultas al psicólogo/psiquiatra, de los cuales 43.3% eran mujeres y 39.1% hombres.

Características de la población en estudio distribuidas según el sexo.

VARIABLES	Masculino	Femenino	TOTAL
Género	n=47 (24.9%)	n=142 (75.1%)	N=189 (100%)
Edades (media ± desvío estándar)	35,80 ± 8,66	37,79 ± 9,72	37.3 ± 9.49
Años que trabaja en la Institución n (%) ⁽¹⁾			
hasta 5 años	n=22 (46,8%)	n=70 (49,3%)	n=92 (48.7%)
de 6 a 10 años	n=14 (29,8%)	n=27 (19,0%)	n=41 (21.7%)
de 11 a 15 años	n=3 (6,4%)	n=19 (13,4%)	n=22 (11.6%)
16 o más años	n=8 (17,0%)	n=26 (18,3%)	n=34 (18%)
Ámbito de trabajo % (n)			
Público	n=37 (78,7%)	n=112 (78,9%)	n=149 (78.8%)
Público y Privado	n=10 (21,3%)	n=30 (21,1%)	n=40 (21.1%)
Actividad que desempeña % N (%) ⁽²⁾			
Administrativo/a	n=3 (6,4%)	n=12 (8,5%)	n=15 (7.9%)
Bioquímico/a	n=0 (0,0%)	n=14 (9,9%)	n=14 (7.4%)
Camillero	n=4 (8,5%)	n=0 (0,0%)	n=4 (2.1%)
Cocina	n=2 (4,3%)	n=2 (1,4%)	n=4 (2.1%)
Enfermero/a	n=10 (21,3%)	n=29 (20,4%)	n=39 (20.6%)
Kinesiólogo/a	n=5 (10,6%)	n=1 (0,7%)	n=6 (3.2%)
Médico/a	n=22 (46,8%)	n=75 (52,8%)	n=97 (51.3%)
Mucama	n=0 (0,0%)	n=5 (3,5%)	n=5 (2.6%)
Psiquiatra/Psicólogo	n=0 (0,0%)	n=1 (0,7%)	n=1 (0.5%)
Trabajador Social	n=1 (2,1%)	n=3 (2,1%)	n=4 (2.1%)
Área de trabajo n (%) ^{(x) (3)}			
Sala de internación	n=22 (68,1%)	n=87 (61,3%)	n=119 (63%)
Guardia Externa	n=14 (29,8%)	n=38 (26,8%)	n=52 (27.5%)
Consultorio de febriles	n=12 (25,5%)	n=37 (26,1%)	n=49 (25.9%)
Consultorio externo	n=11 (23,4%)	n=33 (23,2%)	n=44 (23.3%)
Administrativo	n=4 (8,5%)	n=19 (13,4%)	n=23 (12.2%)
Antecedentes personales n (%)			
Si	n=9 (19,1%)	n=44 (31,0%)	n=53 (28%)
¿Debido a la pandemia requirió la consulta a un psicólogo o psiquiatra? n (%)			
Si	n=18 (39,1%)	n=61 (43,3%)	n=79 (41.8%)

(x) Área de trabajo es de respuesta múltiple, ya que la persona podía marcar más de una opción. Los % se calculan sobre el total masculino y total femenino respectivamente.

Grafico (1) Años trabajos en la institución.



Grafico (2) Actividad que desempeña.

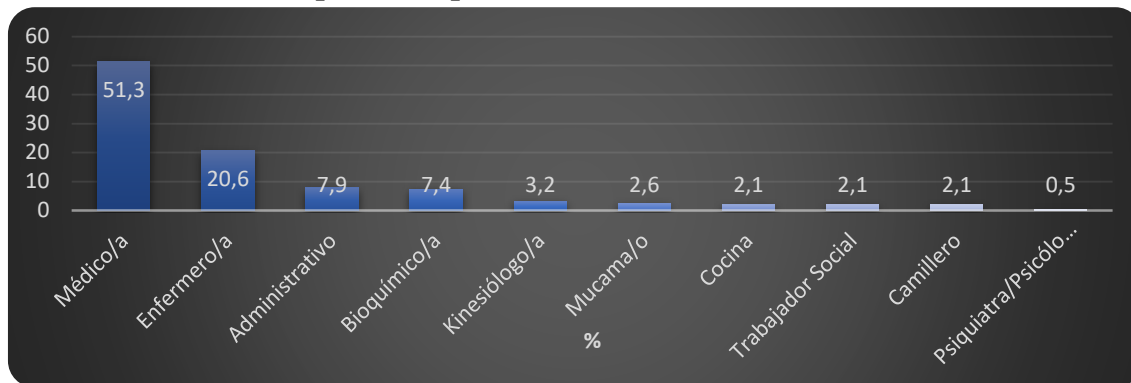


Grafico (3) Áreas de trabajo.

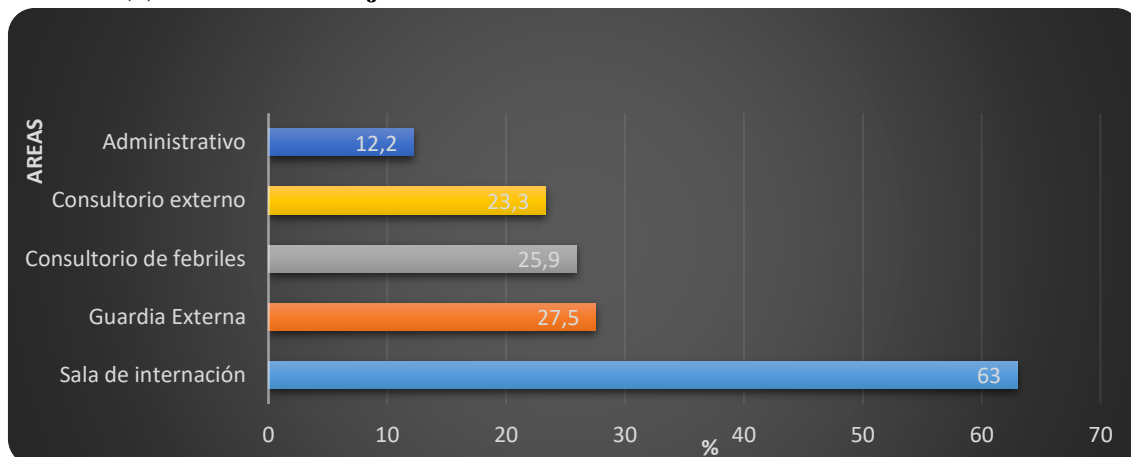


Tabla N°2 Presencia de antecedentes personales.

Antecedentes personales	Cantidad	%
Sobrepeso/Obesidad	30	56,60
HTA	11	20,75
Hipotiroidismo/Hipertiroidismo	7	13,21
Asma	6	11,32
Otros*	9	16,98

Los % se calculan sobre las 53 personas que presentaron antecedentes.

*Otros son: Ca de mama, embarazo, Embarazo, Epilepsia, Esclerosis múltiple, Fibrilación Auricular, osteoartritis, migraña y trastorno mental.

Del total de los pacientes encuestados, 53 (28%) presentaban comorbilidad. Las más frecuentes reportados fueron sobrepeso/obesidad en un 56.6%, seguido por hipertensión arterial en el 20.7% Los mismos asistieron en forma presencial durante la pandemia.

Tabla N° 3: Convive con personas con factores de riesgo:

Respuestas	Cantidad	%
No	125	66,1
Si	64	33,9
Total	189	100,0

De un total de 189 encuestados un (33.9%) refirió convivir con familiares con factores de riesgo.

Tabla N° 4: Nivel de estrés:

Respuestas	Cantidad	%
Sin estrés	127	67,2
estrés leve	20	10,6
estrés moderado	28	14,8
estrés severo	11	5,8
estrés extremadamente severo	3	1,6
Total	189	100,0

De los 189 encuestados presentaron síntomas de estrés un total n=62 (32.8%). Para la subescala se estimó que un n=127 (67.2%) no refirieron síntomas de estrés, un n=28 (14.8%) fue moderado, un n=20 (10.6%) fue leve un n=11 (5.8%) estrés severo y un n=3 (1.6%) estrés extremadamente severo

Tabla N° 5: Nivel de depresión:

Respuestas	Cantidad	%
Sin depresión	44	23,3
depresión leve	38	20,1
depresión moderado	54	28,6
depresión severo	32	16,9
depresión extremadamente severa	21	11,1
Total	189	100,0

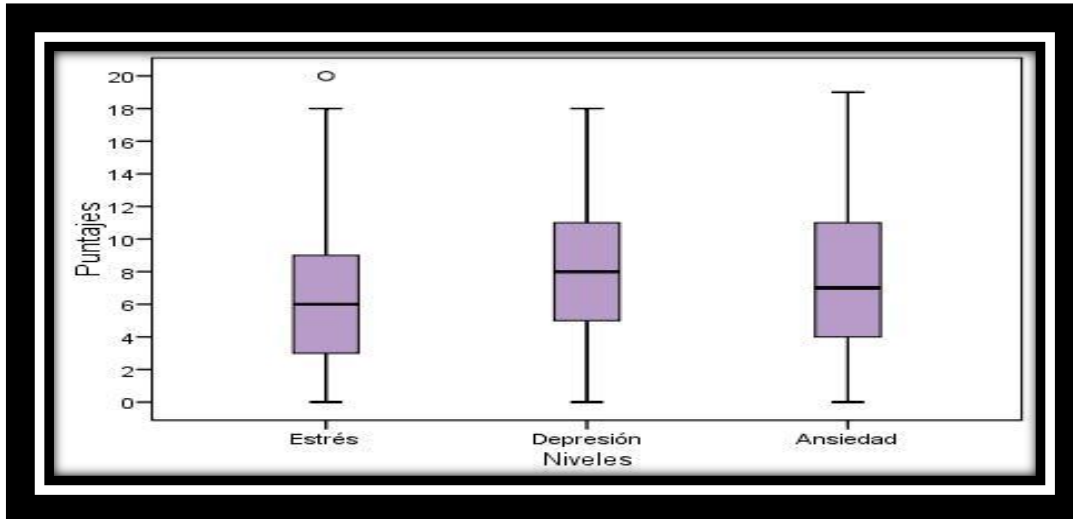
De los 189 encuestados presentaron síntomas de depresión un n=145 (76.7%). Para la subescala se estimó un n=54 (28.6%) de depresión moderada, n=44 (23.3%) no refirieron síntomas de depresión, n=38 (20.1%) es leve, n=32 (16.9%) fue severa, n=21 (11.1%) extremadamente severa.

Tabla N° 6: Nivel de ansiedad:

Respuestas	Cantidad	%
Sin ansiedad	28	14,8
ansiedad leve	41	21,7
ansiedad moderada	26	13,8
ansiedad severa	33	17,5
ansiedad extremadamente severa	61	32,3
Total	189	100,0

De los 189 encuestados tenían síntomas de ansiedad n=161 (85.2%). Para la subescala se evidencio un n=61 (32.3%) presentaban ansiedad extremadamnte severo, un n=41 (21.7%) leve, n=33 (17.5%) severa, n=28 (14,8%) sin síntomas de estrés, n=26 (13.8 %) moderada

Gráfico N° 4: Distribución de los valores de estrés, depresión y ansiedad:



Este gráfico nos muestra los puntajes máximos y mínimos, para la variable de estrés la cual oscila entre 0 y 20 con su máxima expresión, lo que representa ausencia de estrés o un estrés leve o moderado. En tanto que para depresión oscila entre 0 y 18, con una máxima respuesta entre 5 y 11, lo que significa una depresión leve o moderada. Mientras que para ansiedad oscila entre 0 y 19 con máxima distribución entre 5 y 11 lo que sería igual a una ansiedad leve, moderada y levemente severa.

Tabla N° 7: Resultados globales de los 8 tópicos de la escala Atenas del Insomnio:

Reactivos	Respuestas				Total %(n)
	ningún problema	problema leve	problema considerable	problema severo	
1-inducción del dormir	47,1% (89)	29,6% (56)	18,5% (35)	4,8% (9)	100,0 (189)
2- despertares durante la noche	22,8% (43)	49,7% (94)	17,5% (33)	10,1% (19)	100,0 (189)
3- despertar final más temprano de lo deseado	51,9% (98)	28,6% (54)	13,2% (25)	6,3% (12)	100,0 (189)
4- duración total de dormir	23,8% (45)	45,0% (85)	27,0% (51)	4,2% (8)	100,0 (189)
5- calidad general de dormir	27,0% (51)	43,9% (83)	23,8% (45)	5,3% (10)	100,0 (189)
6-sensación de bienestar durante el día	47,6% (90)	35,4% (67)	14,3% (27)	2,6% (5)	100,0 (189)
7-funcionamiento físico y mental durante el día	37,6% (71)	43,4% (82)	16,9% (32)	2,1% (4)	100,0 (189)
8-somnolencia durante el día	9% (17)	49,7% (94)	34,4% (65)	6,9% (13)	100,0 (189)

Se puede observar que para los 8 tópicos de la escala de insomnio, los mayores porcentajes se presentaron entre los pacientes que no tuvieron ningún problema y los que presentaron problemas leves. Solos dos tópicos cuatro y ocho tuvieron problemas considerables.

Tabla N° 8: Índice de Insomnio categorizado:

Respuestas	Cantidad	%
Sin insomnio	84	44,4
Con insomnio	105	55,6
Total	189	100,0

Se observó un n=105 (55.6%) que padecen algún trastorno del sueño.

Analisis Univariado

Tabla N° 9 Relación entre las variables sociodemográficas y el nivel de estrés, ansiedad, depresión e insomnio

Variables Sociodemográficas	Estrés	Depresión	Ansiedad	Insomnio
	(p-valor)			
Sexo	0,32	0,51	0,40	0,76
Edad	0,55	0,026*	0,31	0,52
Ámbito de trabajo	0,40	0,22	0,13	0,08
Antecedentes personales	0,48	0,77	0,40	0,88
Horas de trabajo semanales	0,615	0,27	0,030*	0,08
Actividad que desempeña	0,87	0,005*	490,09	0,50

*valores de "p" estadísticamente significativos

Luego de realizar una análisis univariado se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la edad y el desarrollo de depresión ($p=0.026$), entre la actividad que el encuestado desempeña y la presencia de depresión ($p=0.005$) y entre las horas de trabajo semanal y ansiedad ($p=0.030$). Las demás variables no fueron significativas.

Relación entre edad y depresión

Depresión		Edad en grupos				Total
		18 a 30	31 a 40	41 a 50	51 o más	
Normal	n	10	11	12	11	44
	%	17,5%	15,3%	32,4%	47,8%	23,3%
Leve	n	10	16	6	6	38
	%	17,5%	22,2%	16,2%	26,1%	20,1%
Moderado	n	18	24	7	5	54
	%	31,6%	33,3%	18,9%	21,7%	28,6%
Severo	n	10	11	10	1	32
	%	17,5%	15,3%	27,0%	4,3%	16,9%
extremadamente severa	n	9	10	2	0	21
	%	15,8%	13,9%	5,4%	0,0%	11,1%
Total	n	57	72	37	23	189
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Entre la edades comprendida entre 31.6 (18) y 33.3 (24) respectivamente, solo un porcentaje entre 41 y 50 años presentaron depresión severa n=10 (27%).

Relación entre horas semanales en el trabajo y ansiedad

Ansiedad		Hs semanales en el trabajo				Total
		12 a 24 hs	25 a 48hs	49 a 72hs	73 o más hs	
Normal	n	5	18	4	1	28
	%	25,0%	13,7%	14,8%	9,1%	14,8%
Leve	n	3	34	4	0	41
	%	15,0%	26,0%	14,8%	0,0%	21,7%
Moderada	n	4	19	2	1	26
	%	20,0%	14,5%	7,4%	9,1%	13,8%
Severa	n	4	25	4	0	33
	%	20,0%	19,1%	14,8%	0,0%	7,5%
extremadamente severa	n	4	35	13	9	61
	%	20,0%	26,7%	48,1%	81,8%	32,3%
Total	n	20	131	27	11	189
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En relación a las horas de trabajo con la variable ansiedad, se destaca diferentes niveles según las subescalas. Observándose que entre 48 y 72 hs, la mitad de la población (48.1%) en ese rango horario presento una ansiedad extremadamente severa

Relación entre actividad que desempeña y depresión

Actividad que desempeña		Depresión					Total
		normal	leve	Moderado	severo	extremadamente severa	
Administrativo/a	n	6	0	3	4	2	15
	%	40,0%	0,0%	20,0%	26,7%	13,3%	100,0%
Bioquímico/a	n	3	3	5	3	0	14
	%	21,4%	21,4%	35,7%	21,4%	0,0%	100,0%
Camillero	n	0	1	0	3	0	4
	%	0,0%	25,0%	0,0%	75,0%	0,0%	100,0%
Cocina	n	3	0	1	0	0	4
	%	75,0%	0,0%	25,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Enfermero/a	n	8	10	11	7	3	39
	%	20,5%	25,6%	28,2%	17,9%	7,7%	100,0%
Kinesiólogo/a	n	0	5	0	0	1	6
	%	0,0%	83,3%	0,0%	0,0%	16,7%	100,0%
Médico/a	n	17	18	32	15	15	97
	%	17,5%	18,6%	33,0%	15,5%	15,5%	100,0%
Mucamo/a	n	4	0	1	0	0	5
	%	80,0%	0,0%	20,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Psiquiatra/ Psicólogo	n	1	0	0	0	0	1
	%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Trabajador Social	n	2	1	1	0	0	4
	%	50,0%	25,0%	25,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total	n	44	38	54	32	21	189
	%	23,3%	20,1%	28,6%	16,9%	11,1%	100,0%

Con respecto a la actividad en que desempeña y la depresión, se destacan niveles de moderados en médicos (33%) y enfermeros (28.2%).

Tabla N° 13: Relación entre consulta con un psicólogo/psiquiatra y niveles medios de estrés, depresión, ansiedad e insomnio:

¿Debido a la pandemia requirió la consulta a un psicólogo y/o psiquiatra?	Estrés	Depresión	Ansiedad	Insomnio
Si (n=79) de ellos 18 masculinos y 61 femeninos	7,75 ± 3,82	9,40 ± 3,99	8,88 ± 3,49	9,24 ± 4,39
No (n=108) de ellos 28 masculinos y 80 femeninos	4,93 ± 3,80	6,64 ± 4,05	6,57 ± 4,03	6,77 ± 4,28
p-value	≤ 0,001*	≤ 0,001*	≤ 0,001*	≤ 0,001*

*valores de “p” estadísticamente significativos

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles medio de estrés ($p \leq 0,001$), de depresión ($p \leq 0,001$), ansiedad ($p \leq 0,001$), e insomnio ($p \leq 0,001$) entre las personas que requirieron una consulta con un psicólogo y/o psiquiatra

Tabla N° 13.1: Actividad que desempeñan las personas que realizaron consulta psicólogo/psiquiatra

Respuestas	Cantidad	%
Medico/a	43	54,4
Enfermero/a	20	25,3
Administrativo/a	8	10,1
Bioquímico/a	3	3,8
Kinesiólogo/a	3	3,8
Camillero	2	2,5
Total	79	100,0

Frecuencia de consultas a un profesional de salud mental fueron 43 (54.4%) de médicas/os y 20 (25.3%) enfermeros/as.

El personal donde se observó una mayor tendencia, fueron los médicos/as en un n=43 (54.4%), seguidos de enfermería n=20 (25.3%).

TABLA N° 13.2: Área de trabajo que desempeñan las personas que realizaron consulta psicólogo/psiquiatra:

Área	Cantidad	%
Sala de internación	51	64,5
Guardia Externa	24	30,3
Consultorio de febriles	20	25,3
Consultorio externo	20	25,3
Administrativo	1	1,2

Nota: pregunta de respuesta múltiple, ya que la persona podía elegir más de una opción.

Con respecto a la zona de trabajo, predominó la sala de internación n=51 (64.5%).

Análisis Multivariados

Tabla N° 14: Análisis de modelo multivariado entre variables sociodemográfica y los niveles de estrés, depresión, ansiedad e insomnio.

Origen	Variable dependiente	F	p-value	Origen	Variable dependiente	F	p-value
Sexo	Nivel de Estrés	0,631	0,428	Edades	Nivel de Estrés	1,165	0,325
	Nivel de Depresión	0,003	0,958		Nivel de Depresión	2,407	0,069
	Nivel de Ansiedad	0,359	0,550		Nivel de Ansiedad	2,328	0,076
	Índice Insomnio	0,151	0,698		Índice Insomnio	0,500	0,683
Antecedentes personales	Nivel de Estrés	0,003	0,953	Ámbito de trabajo	Nivel de Estrés	1,073	0,302
	Nivel de Depresión	0,007	0,933		Nivel de Depresión	2,238	0,137
	Nivel de Ansiedad	0,613	0,435		Nivel de Ansiedad	1,305	0,255
	Índice Insomnio	0,037	0,849		Índice Insomnio	1,878	0,172
Actividad que desempeña	Nivel de Estrés	1,472	0,162	Convive con personas con factores de riesgo	Nivel de Estrés	0,379	0,685
	Nivel de Depresión	1,651	0,105		Nivel de Depresión	0,197	0,821
	Nivel de Ansiedad	1,354	0,213		Nivel de Ansiedad	1,045	0,354
	Índice Insomnio	0,438	0,913		Índice Insomnio	0,050	0,951
Hs en el trabajo	Nivel de Estrés	1,939	0,125				
	Nivel de Depresión	2,090	0,103				
	Nivel de Ansiedad	5,427	0,001*				
	Índice Insomnio	1,111	0,346				

Si bien anteriormente en algunas relaciones univariados se encontraron diferencias estadísticamente significativas, cuando se estudian los niveles de estrés, ansiedad, depresión e insomnio de manera conjunta con las variables demográficas no se encuentran diferencias estadísticamente significativas, en la mayoría, a excepción de las horas semanales de trabajo en relación con el nivel de ansiedad.

DISCUSIÓN

Existe un amplio consenso de que la pandemia por COVID-19 no solo ha afectado la salud física sino también la salud mental y el bienestar ^[42-43]. El personal de salud abocado a la asistencia de pacientes infectados con el virus SARS-CoV-2 tiene mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental ^[44-45-46].

A nivel mundial, en investigaciones previas sobre epidemias, por ejemplo, ante el brote de SARS, del MERS y actualmente ante el COVID-19 se han observado reacciones psicológicas adversas en los trabajadores de salud ^[47-48-49-50-51-52].

A nivel local, se han documentado epidemias y pandemias a lo largo de la historia de nuestro país, sin contar con estudios a la fecha que evalúen la afectación sobre la salud mental en el ámbito hospitalario ^[53].

En nuestro estudio, se analizó al personal del Hospital Intendente Carrasco, durante el segundo pico de infección por SARS CoV2.

En relación al género la mayoría fueron mujeres 75.1% y la edad media se situó en torno a los 37 años. Cuando comparamos estos datos con los trabajos locales y de otros países encontramos similitud con las variables de sexo y edad ^[54-55-56-57].

Esto podría deberse en parte a que en los últimos años hubo una tendencia a la feminización de la profesión de salud a nivel mundial ^[58].

Un 63% del personal, se desempeñan en la sala de internación, considerada como un área crítica en el proceso de atención, coincidiendo con diferentes estudios publicados ^[59-60]. Esto se debe a que por las exigencias de la pandemia se implementaron medidas para afrontarlas como el incremento del número de cama en la sala de internación, llevando a un aumento de contratación del personal hospitalario.

Con respecto a la permanencia laboral, un 48.7% del personal encuestado manifestó una permanencia en la institución menor a 5 años, similar a otros trabajos publicados ^[56-61].

Esto podría deberse a que la institución cuenta con profesionales en formación, en períodos comprendidos entre 3 o 4 años, y al reciente aumento del personal hospitalario en contexto de la demanda de atención.

En relación al ámbito de trabajo, se observa pluriempleo en un 21.3% del personal, esto es una práctica común en el ámbito de salud y sobre todo en aquellos países que cuentan con sistemas de salud pública y privada simultáneos. Estos datos son relevantes si se

considera que los trabajadores se encuentran sometidos a jornadas laborales prolongadas con mayor exposición y probabilidad de infección por COVID-19. [60-61-62-63].

En nuestro estudio observamos que un 28% del total, presento algún tipo de comorbilidad, siendo la más frecuente Sobrepeso/obesidad (56.6%) seguido de Hipertensión Arterial (20.7%). Según la OPS (2020), la presencia de comorbilidades aumenta las probabilidades de desarrollar cuadros severos por COVID-19, información que acrecienta los sentimientos de miedo, ansiedad y estrés y que fomenta la aparición de conductas desadaptativas [64].

Un 33.9% de los encuestados refirieron convivir con personas con factores de riesgo, en estudios publicados se observó que la convivencia con una persona con enfermedad crónica aumentaba también los niveles de ansiedad por el riesgo de contagio [55].

Aunque el trabajo en salud en contexto de pandemia ha demostrado dar lugar a niveles considerables de sintomatología de la esfera psíquica, no existen estudios a nivel local sobre esta pandemia [66].

El presente estudio sugiere además que el personal encuestado del Hospital Intendente Carrasco ha sufrido un mayor impacto emocional (Según los criterios de Lovibond & Lovibond, 1995) en comparación con los resultados obtenidos al examinar otras poblaciones con el mismo instrumento y metodología [54-65-67-68]. En cuanto a la gravedad del impacto psicológico, una proporción considerable de participantes tenía síntomas de moderados a graves según las escalas aplicadas.

Los disímiles resultados podría haber estado relacionados a factores como el momento de la pandemia en que se realizó el estudio (primer y segundo pico de infección) y/o el tipo de exposición laboral con respecto a los pacientes infectados.

Consideramos hipotéticamente (ya que no fueron evaluadas en el trabajo), que existen otros factores que podrían influir en el estado de ansiedad, depresión, estrés e insomnio. Entre ellos el elevado número de camas con alto recambio, la ausencia de Unidad de Terapia Intensiva, turnos extendidos de trabajo, la excesiva carga laboral y disminución de los periodos de descanso (suspensión de vacaciones y/o licencias), la inexistencia de Comité de Crisis y de protocolos actualizados, la necesidad de tomar decisiones a la hora de optimizar recursos cada vez más escasos y la utilización de tecnologías de ventilación no invasiva en Sala General por parte de médicos clínicos sin formación en Cuidados Críticos, en el contexto de un sistema de salud sobresaturado y con escasa capacidad de respuestas.

Las principales variables explicativas de una mayor prevalencia de síntomas psicológicos, fueron la edad, las horas trabajadas y la actividad que desempeña. El sexo, el ámbito de trabajo y los antecedentes personales no resultaron concluyente.

Con respecto al género femenino tiene mayor vulnerabilidad para sufrir elevados niveles de estrés y padecer síntomas depresivos ^[69-70]. Aunque en otras publicaciones los datos obtenidos no evidenció diferencias entre géneros ^[71].

La edad menor a 50 años en nuestro estudio se relaciona de forma significativa con los niveles de depresión de intensidad moderada a severa, según la escala aplicada. Esto se ha observado en otros estudios ^[55]. Probablemente la causa sea de origen multifactorial, en parte debido a que el personal de salud más joven con menor experiencia profesional, cuenta con menores herramientas profesionales y subjetivas para poder afrontar la pandemia, desarrollando síntomas desadaptativos; en contraposición con médicos de mayor jerarquía o que ocupan cargos jerárquicos, estos pueden presentar comparativamente, un menor contacto directo con los pacientes. Se han observado en estudios que la experiencia profesional actúa como mediador, a mayor edad en la profesión, hay menor riesgo de estrés y síntomas psicopatológicos ^[72-73].

Se evidencia un valor significativo en relación a las jornadas laborales de entre 24 a 48hs y ansiedad, presentando niveles de leve a extremadamente severo según la escala aplicada; hallazgos similares a los datos publicados en la literatura ^[61]. Se ha comprobado que el trabajo excesivo en horas, influye en la aparición de síntomas de la esfera psíquica ^[74]. Esto podría explicarse debido a que en la pandemia el personal de nuestro efector, realizo jornadas más prolongadas debido al ausentismo por infección, licencia, demanda de pacientes en el pico de infección y el pluriempleo.

Esto también se evidencia en el análisis multivariado, donde la única variable que fue estadísticamente significativa fue las de horas trabajadas y el nivel de ansiedad, siendo este el punto más importante a la hora de implementar cambios en la dinámica de trabajo para futuras situaciones.

Con respecto a la actividad que desempeñan, un 82.4% médicos y 79.4% enfermeros, que se desempeñaban en sala de internación y guardia externa, considerados como personal de primera línea, presentaron niveles de depresión de leve a extremadamente severo con respecto a camilleros, kinesiólogos y bioquímicos, estos presentaron un nivel de depresión entre leve a severo en cuanto al porcentaje pero su n=total fue bajo (4-6-14 respectivamente) esto hace que se desestimen los resultados en este personal. La

profesión que ejerce también es relevante, dado que el nivel de exposición a la infección afecta psicológicamente de forma significativa. A mayor número de pacientes con COVID-19 asistidos, más síntomas de estrés y depresión ^[73-74]. Además, los estudios demostraron que los trabajadores sanitarios en unidades con alto riesgo de infección presentan síntomas de salud mental más graves, en comparación con los trabajadores sanitarios de menor riesgo ^[75-77-78]

Un (41.8%) del personal encuestado que no tenían precedente de atención por psicólogos y/o psiquiatras, necesitaron la contención de un profesional de salud mental para afrontar la pandemia, similar a los trabajos publicados ^[79]. Hubo una prevalencia mayor en mujeres 43.3%. Siendo el personal médico más afectado n=43 (54.4%), el área de trabajo más vulnerable fue la de sala de internación n=51 (64.5%). Los que manifestaron la necesidad de recibir apoyo psicológico tuvieron un impacto considerable en su salud mental. Pese a ser el país con mayor tasa de psicólogos por cada 1000 habitantes, los organismos gubernamentales no han abordado de forma juiciosa el impacto subjetivo de la pandemia en el personal de salud. ^[80]. Los valores de las unidades de medias DASS y Atenas fueron significativos ^[81]

El interés por abordar el insomnio y sus consecuencias es un dato relevante en la salud pública debido al impacto y las repercusiones que tienen en la calidad de vida de los que lo padecen ^[82].

Los problemas de sueño se han asociado con un mayor riesgo de alteraciones de la salud mental, especialmente, con el desarrollo de trastornos depresivos y ansiedad ^[83]

Estudios publicados recientemente de todo el mundo informaron que la presencia de insomnio en los trabajadores de la salud durante el brote de COVID-19 fue del 36,1%, 28,9%, 32% y 8,27% ^[84-85-86-87]. Aunque la composición de la población, en los estudios anteriormente mencionados y en el presente trabajo, era en su mayoría mujeres, y con un rango de edad similar, nuestro estudio mostró un porcentaje mucho mayor de insomnio (55.6%).

Esto podría deberse, al tiempo de realización de nuestro trabajo, mientras que los estudios citados anteriormente realizaron el análisis dentro de los dos meses posteriores al inicio del aislamiento social, nuestra encuesta se realizó en el segundo pico de infección, como así también por el pluriempleo y jornadas laborales extensas.

LIMITACIONES

Entre las limitaciones, en **primer lugar** en este trabajo se destaca que se trata de un estudio realizado en un solo hospital, por lo cual no se puede extrapolar los datos a la ciudad de Rosario. En **segundo lugar** como todo el país bajo confinamiento, era imposible realizar una entrevista cara a cara en profundidad, por lo tanto siempre hay riesgos de juicio falso o juicio excesivo. Además, los datos de autoinforme están sujetos a un sesgo de deseabilidad social. En **tercer lugar**, se encuestó a los participantes sobre los síntomas experimentados las dos semanas anteriores a la encuesta, lo que podría no reflejar todos los síntomas experimentados durante la pandemia. En **cuarto lugar** por cuestiones operativas nuestro estudio se llevó a cabo en el segundo pico de infección, con respecto a otros países, quedando sin representar el primer pico de la pandemia.

CONCLUSIONES

En el presente estudio, realizado en el segundo pico de infección de SARS CoV2 llevado a cabo en el Hospital Intendente Carrasco, la salud mental de los profesionales sanitarios se ha visto afectada negativamente durante la pandemia, presentando una elevada incidencia de depresión, ansiedad, estrés e insomnio en los trabajadores de la salud en comparación con los estudios realizados en otros países

Los principales factores asociados a una mayor prevalencia de síntomas psicológicos fueron la edad, las horas de trabajo y la actividad que se desempeñaban.

Los médicos y enfermeros, que ejercían en ámbitos considerados como primera línea, presentaron una mayor afectación psicológica.

Las situaciones vulnerables en el sistema sanitario como la vivida por la pandemia COVID-19 pusieron de manifiesto la necesidad de requerir la atención de un psicólogo y/o psiquiatra a un porcentaje considerable de encuestados, con una desmedida afectación en su salud mental.

Consideramos que, debido a los resultados evidenciados, sería de utilidad a futuro contar con equipos multidisciplinarios para hacer frente a los problemas de salud mental y proporcionar apoyo psicológico a los trabajadores sanitarios, siendo este un determinante clave para afrontar las acciones del día a día del sistema de salud. Además, sería necesario realizar estudios a medio y largo plazo para evaluar la intensificación de los síntomas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas, 2001. Consultado en febrero de 2010. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2001/es/> [Links]
2. DeVicente A, Magán I. El parlamento Europeo se compromete a priorizar la salud mental. Infocop 2009;42:41–42. [Links]
3. Latorre J, López J, Montañés J, Parra M. Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. Aten Primaria 2005;2(36):85–92. [Links]
4. López C, Serrano R, Valverde A, Casabella B et al. ¿Quién controla a los enfermos tratados con fármacos psicotropos en atención primaria? Aten Primaria 2006;37:446–451. [Links]
5. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020;395:497-506.
6. Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. Lancet. 2020;395:565-74.
7. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. N Engl J Med. 2020;382(8):727-33. doi: 10.1056/NEJMoa2001017.
8. Del Rio C, Malani PN. 2019 Novel Coronavirus-Important Information for Clinicians. JAMA. 2020;323:1039-40. doi: 10.1001/jama.2020.1490.
9. Organización Mundial de la Salud. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; [consultado el 24/05/2020]. Disponible en: [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-secondmeeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novelcoronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-secondmeeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novelcoronavirus-(2019-ncov)).
10. Actualización Epidemiológica: Enfermedad por coronavirus (COVID-19) - 14 de abril de 2021. <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-enfermedad-por-coronavirus-covid-19-14-abril-2021>
11. Situación actual de los casos descartados, confirmados y sospechosos en estudio de Coronavirus y acciones de gobierno. Provincia de Santa Fe. <https://www.santafe.gob.ar/ms/covid19/wpcontent/uploads/sites/36/2020/04/Parte-MSSF-Coronavirus-15-03-2020-12hs.pdf>

12. 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.
13. Wang C., Pan R., Wan X., Tan Y., Xu L., Ho C.S. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:1729. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
14. Tan B.Y.Q., Chew N.W.S., Lee G.K.H., Jing M., Goh Y., Yeo L.L.L. Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers in Singapore. *Ann Intern Med*. 2020;173:317–320. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
15. Lai J., Ma S., Wang Y., Cai Z., Hu J., Wei N. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020;3:e203976. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)].
16. Zhang C., Yang L., Liu S., Ma S., Wang Y., Cai Z. Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staff involved in the 2019 novel coronavirus disease outbreak. *Front Psychiatry*. 2020;11:306. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
17. Chew N.W.S., Lee G.K.H., Tan B.Y.Q., Jing M., Goh Y., Ngiam N.J.H. A multinational, multicenter study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak 2020. *Brain Behav Immun*. 2020;88:559–565. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
18. Kang L., Ma S., Chen M., Yang J., Wang Y., Li R. 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. *Brain Behav Immun*. 2020;87:11–17. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
19. Lu W., Wang H., Lin Y., Li L. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Res*. 2020;288:112936. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
20. Wang J., Zhou M., Liu F. Reasons for health care workers becoming infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. *J Hosp Infect*. 2020 doi: 10.1016/j.jhin.2020.03.002. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

21. Liu C.Y., Yang Y.Z., Zhang X.M., Xu X., Dou Q.L., Zhang W.W. The prevalence and influencing factors for anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: a cross-sectional survey. *Epidemiol Infect.* 2020;148:e98. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
22. Huang J.Z., Han M.F., Luo T.D., Ren A.K., Zhou X.P. Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi.* 2020;38:192–195. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
23. Huang Y., Zhao N. Generalized anxiety disorder depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res.* 2020;288:112954. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
24. García-Iglesias J.J., Gómez-Salgado J., Martín-Perreira J., Fagundo-Rivera J., Ayuso-Murillo D., Martínez-Riera J.R. Impacto de SARs-CoV-2 (COVID 19) en la salud mental de profesionales sanitarios: una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública.* 2020;94:e1–e20. [[Google Scholar](#)]
25. El-Hage W., Hingray C., Lemogne C., Yroni A., Brunault P., Bienvenu T. Les professionnels de santé face ‘a la pandémie de la maladie ‘a coronavirus (COVID-19): quels risques pour leur santé mentale? *L’Encephale.* 2020 doi: 10.1016/j.encep.2020.04.008. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
26. Pappa S., Ntella V., Giannakas T., Giannakoulis V.G., Papoutsis E., Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun.* 2020 doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.026. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
27. Shaukat N., Mansoor D., Razzak J. Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: a scoping review. *Int J Emerg Med.* 2020 doi: 10.1186/s12245-020-00299-5. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
28. Pan R., Zhamg L., Pan J. The anxiety status of Chinese medical workers during the epidemic of COVID-19: a meta-analysis. *Psychiatry Investig.* 2020;17:475–480. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]/Tran B.X., Ha G.H., Nguyen L.H., Vu G.T., Hoang M.T., Le H.T. Studies of Novel Coronavirus Disease 19 (COVID-19) pandemic: a global analysis of literature. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17:4095. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
29. Juan Carlos Stagnaro, Alfredo Cía, Néstor Vázquez, Horacio Vommaro, Martín Nemirovsky, Edith Serfaty. Estudio epidemiológico de salud mental en

- población general de la República Argentina. VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat. 2018, Vol. XXIX: 275-299
30. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [sede Web]. Ginebra-Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2018 [acceso 12 de octubre de 2020]. [Internet]. Available from: [https:// www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response)
 31. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM V 5th ed, American Psychiatric Association, 2013.DSM V. doi – [org.db29.linccweb.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm02](https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm02).
 32. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM V 5th ed, American Psychiatric Association, 2013.DSM V. doi – [org.db29.linccweb.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm02](https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm02).
 33. Stagnaro J, Cía A, Vázquez N y col. Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. VERTEX 2018;XXIX(142)
 34. Román Mella F, Vinet EV, Alarcón Muñoz AM. Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de Temuco. Revista Argentina de Clínica Psicológica 2014; XXIII(2):179-90
 35. Juan Erquicia, Laura Valls, Andrés Barja, Sergi Gil, Joan Miquel, Joan Leal-Blanquet, Impacto emocional de la pandemia de Covid-19 en los trabajadores sanitarios de uno de los focos de contagio más importantes de Europa. Med Clin (Barc). 2020 Nov 27; 155(10): 434–440. Published online 2020 Jul 25. Spanish. doi: [10.1016/j.medcli.2020.07.006](https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.07.006)
 36. A.N. Portocarrero, A. Jiménez-Genchi. **Estudio de validación de la traducción al español de la escala Atenas de insomnio.** Salud Ment., 28 (2005), pp. 34-39 View Record in ScopusGoogle Scholar
 37. Una investigación realizada por el Equipo de Investigación GPS Salud (Grupo de evaluación y seguimiento del Personal de Salud), formado por científicos del CONICET y de universidades públicas y privadas de Argentina, advierte que la salud mental del personal de salud está en peligro [INTERNET] IntraMed Salud mental del personal afectado a la atención de COVID-19 en peligro;URL [Salud mental del personal afectado a la atención de COVID-19 en peligro - Noticias médicas - IntraMed](#)
 38. Román Mella F, Vinet EV, Alarcón Muñoz AM. Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de Temuco. Revista Argentina de Clínica Psicológica 2014;XXIII(2):179-9
 39. C R Soldatos , D G Dikeos, T J Paparrigopoulos Athens Insomnia Scale: validación de un instrumento basado en los criterios de la CIE-10 - [Internet] PubMed (nih.gov)

40. Portocarrero A.N., Jiménez-Genchi A. Estudio de validación de la traducción al español de la escala Atenas de insomnio. *Salud Ment.* 2005;28:34–39. [[Google Scholar](#)]
41. 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 28 May 2021];395(10227):912-920. Disponible en: [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(20\)30460-8/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(20)30460-8/fulltext)
42. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2020 [citado 28 May 2021];74(4):281-282. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7168047/>
43. Richaud MC, Rodríguez Behrends M, Muzio R, Lemos V, Klos C, Vargas Rubilar J, et al. Relevamiento y evaluación de efectos del COVID-19 sobre el personal de salud. Insumos para establecer procedimientos de apoyo efectivo para pre-venir y atenuar efectos psicosociales: primer informe de avance. Buenos Aires: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Universidad de Buenos Aires, Universidad Adventista del Plata, Universidad Austral, Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales; 2020. Disponible en: <http://www.bvs-psi.mdp.edu.ar/wp-content/uploads/2021/05/Informe-COVID-19-personal-de-salud.pdf>
44. Rana W, Mukhtar S. Mental health of medical workers in Pakistan during the pandemic COVID-19 outbreak. *Asian J Psychiatr* [Internet]. 2020 [citado 28 May 2021];51:102080. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7139243/>
45. Richaud MC, Vargas Rubilar J, Rodríguez Behrends M, Muzio R, Eidman L, Klos C, et al. Relevamiento y evaluación de efectos del COVID-19 sobre el personal de salud: insumos para establecer procedimientos de apoyo efectivo para prevenir y atenuar efectos psicosociales. “Cuidar a quienes nos cuidan”. Segundo informe. 2020. Equipo GPS Salud. Disponible en: <http://www.bvs-psi.mdp.edu.ar/wp-content/uploads/2021/05/Segundo-informe.pdf>
46. Bai Y., Lin C., Chen J.M.D., Chue C.M., Chou P. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatr Serv.* 2004;55:1055–1057. doi: 10.1176/appi.ps.55.9.1055. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
47. Lee A.M., Wong J.G., McAlonan G.M., Cheung V., Cheung C., Sham P. Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *Can J Psychiatry.* 2007;52:233–240. doi: 10.1177/070674370705200405. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
48. Bennett J., Peladeau N., Leszcz M., Sadavoy J., Verhaeghe L.M., Steinberg R. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS

- outbreak in a teaching hospital. *CMAJ*. 2003;168:1245–1251. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
49. Lee S.M., Kang W.S., Cho A.R., Kim T., Park J.K. Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Compr Psychiatry*. 2018;87:123–127. doi: 10.1016/j.comppsy.2018.10.003. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
50. Chen Q., Liang M., Li Y., Guo J., Fei D., Wang L. Mental health care for medical staff in china during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psych*. 2020;7:e15–e16. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30078-X. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
51. María Dosil Santamaría, Naiara Ozamiz-Etxebarria, Iratxe Redondo Rodríguez, Joana Jaureguizar Alboniga-Mayor, & Maitane Picaza Gorrotxategi. (Junio de 2020). *Pubmed*. Obtenido de Rev Psiquiatr Salud Ment. 2021 April-June: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7264016/>
52. [Organización Mundial de la Salud \(who.int\)](#)
53. Cristhian e. Scatularo, Luciano Battioni, Sebastián Bellia, Sara Costa de Robert, María de las Nieves Gatti, Mario Racki. Impacto psicofísico de la pandemia COVID-19 en trabajadores de la salud en **Argentina**. Encuesta ImPPaCTS-SAC.20. 14/11/2020 Rev Argent Cardiol 2021;89:204-210. URL: <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v89.i3.20231>.
54. [Cuiyan Wang](#), [Riyu Pan](#), [Xiaoyang Wan](#), [Yilin Tan](#), [Linkang Xu](#), [Ciro S](#). Respuestas psicológicas inmediatas y factores asociados durante la etapa inicial de la epidemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) de 2019 entre la población general en **China**. Publicado Marzo 2020. URL; [Respuestas psicológicas inmediatas y factores asociados durante la etapa inicial de la epidemia de enfermedad por coronavirus \(COVID-19\) de 2019 entre la población general en China \(nih.gov\)](#)
55. [María Dosil Santamaría](#), [Naiara Ozamiz-Etxebarria](#), [Iratxe Redondo Rodríguez](#), [Joana Jaureguizar Alboniga-Mayor](#) y [Maitane Picaza Gorrotxategi](#). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios **Espanoles**. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. Publicado Junio 2020. URL [Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles \(nih.gov\)](#)
56. Rümeyssa Yen iElbay, Ayşe Kurtulmuş Selim Arpacioğlu, Emrah Karadere. Depresión, ansiedad, niveles de estrés de los médicos y factores asociados en las pandemias de Covid-19. Publicado Mayo 2020. **Turquia** URL Depresión, ansiedad, niveles de estrés de los médicos y factores asociados en las pandemias de Covid-19 - ScienceDirect
57. Raúl A Borracci, Adriana I Salazar, Eduardo B Arribalzaga: El futuro de la feminización de la medicina en Argentina. FEM (Ed. impresa) vol.21 no.3 Barcelona jun. 2018 Epub 16-Ago-202. URL; El futuro de la feminización de la medicina en Argentina ([isciii.es](#))

58. Juan Erquicia, Laura Valls, Andrés Barja, Sergi Gil, Joan Miquel, Joan Leal-Blanquet, Impacto emocional de la pandemia de Covid-19 en los trabajadores sanitarios de uno de los focos de contagio más importantes de **Europa**. Publicado Julio 2020 URL; Impacto emocional de la pandemia de Covid-19 en los trabajadores sanitarios de uno de los focos de contagio más importantes de Europa (nih.gov)
59. Daniela L. Giardino, Cristián Huck-Iriart, Maximiliano Riddick, Arturo Garay La cuarentena sin fin: el impacto del brote de COVID-19 en los trabajadores de la salud después de tres meses de aislamiento social obligatorio en Argentina - ScienceDirect .Medicina del sueño Volumen 76, diciembre de 2020, páginas 16-25 URL; La cuarentena sin fin: el impacto del brote de COVID-19 en los trabajadores de la salud después de tres meses de aislamiento social obligatorio en Argentina - ScienceDirect
60. Yaimé Condori Ariasa. TESIS; Asociación entre la exposición al covid-19 y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales de la región Arequipa (**Peru**) 24 al 30 de junio del 2020. URL; [MCcoary1.pdf](#)
61. .Jornada de trabajo Argentina.gov.ar. URL; [Ley simple: Jornada de trabajo | Argentina.gob.ar](#)
62. García-Prado A, González P. «El pluriempleo entre los profesionales sanitarios: un análisis de sus causas e implicaciones». Gaceta Sanitaria 2006; 20 (Supl 2): 29-40. Disponible el 25/01/2008 en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.resumen.pident=13089481> .
63. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org)
64. .Rocío Rodríguez-Rey, Helena Garrido-Hernansaiz, y Silvia Collado. [INTERNET] Pubmed Publicado en junio 23 de 2020 · Impacto psicológico y factores asociados durante la etapa inicial de la pandemia de coronavirus (COVID-19) entre la población general en España URL Impacto psicológico y factores asociados durante la etapa inicial de la pandemia de coronavirus (COVID-19) entre la población general en España (nih.gov)
65. Chen Q., Liang M., Li Y., Guo J., Fei D., Wang L. Mental health care for medical staff in china during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psych.* 2020;7:e15–e16. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30078-X. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
66. Hans Mautong, Jorge Andrés Gallardo-Rumbea, Geovanny Efraín Alvarado-Villa, Juan Carlos Fernández-Cadena, Anciano Andrade-Molina, Carlos Enrique Orellana-Román BMC Psiquiatría **volume 21**, Número de artículo: 212 (2021). Evaluación de los niveles de depresión, ansiedad y estrés en la población general ecuatoriana durante el aislamiento social por el brote de COVID-19: un estudio transversal. URL; Evaluación de los niveles de depresión, ansiedad y estrés en la población general ecuatoriana durante el aislamiento social por el brote de COVID-19: un estudio transversal || de Psiquiatría BMC Texto completo (biomedcentral.com)

67. .Maunder R.G., Lancee W.J., Balderson K.E., Bennett J.P., Borgundvaag B., Evans S. Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerg Infect Dis.* 2006;12:1924–1932. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
68. .Babore A., Lombardi L., Viceconti M.L., Pignataro S., Marino V., Crudele M. Psychological effects of the COVID-2019 pandemic: Perceived stress and coping strategies among healthcare professionals. *Psychiatry Res.* 2020;293:113366. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
69. Di Tella M., Romeo A., Benfante A., Castelli L. Mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy. *J Eval Clin Pract.* 2020:1– [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
70. Preti E., Di Mattei V., Perego G., Ferrari F., Mazzetti M., Taranto P. The psychological impact of epidemic and pandemic outbreaks on healthcare workers: rapid review of the evidence. *Curr Psychiatry Rep.* 2020;22(8):43. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
71. Preti E., Di Mattei V., Perego G., Ferrari F., Mazzetti M., Taranto P. The psychological impact of epidemic and pandemic outbreaks on healthcare workers: rapid review of the evidence. *Curr Psychiatry Rep.* 2020;22(8):43. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
72. . Kramer V., Papazova I., Thoma A., Kunz M., Falkai P., Schneider-Axmann T. Subjective burden and perspectives of German healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2020 (0123456789) [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
73. Williams R., Murray E., Neal A., Kemp V. Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in COVID-19 pandemics. *Psychiatry Res.* 2020;290:1–5. [[Google Scholar](#)] [[Ref list](#)]
74. Preti E., Di Mattei V., Perego G., Ferrari F., Mazzetti M., Taranto P. The psychological impact of epidemic and pandemic outbreaks on healthcare workers: rapid review of the evidence. *Curr Psychiatry Rep.* 2020;22(8):43. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
75. Williams R., Murray E., Neal A., Kemp V. Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in COVID-19 pandemics. *Psychiatry Res.* 2020;290:1–5. [[Google Scholar](#)]
76. Babore A., Lombardi L., Viceconti M.L., Pignataro S., Marino V., Crudele M. Psychological effects of the COVID-2019 pandemic: Perceived stress and coping strategies among healthcare professionals. *Psychiatry Res.* 2020;293:113366. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
77. Kramer V., Papazova I., Thoma A., Kunz M., Falkai P., Schneider-Axmann T. Subjective burden and perspectives of German healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2020 (0123456789) [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
78. Antonio Lozano-Vargas Rev Neuropsiquiatr vol.83 no.1 Lima ene. 2020 Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del

- personal de salud y en la población general de China [INTERNET] Scielo URL; Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China (scielo.org.pe)
79. Modesto M. Alonso, Doménica Klinar, & Paula Gago. (2018). Distribución Ocupacional de los/as Psicólogos/as en Argentina 2018. Obtenido de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/ALONSOGAGOKLINAR2018DISTROCU PACPoster.pdf1
80. Kang L, Li Y, Hu S, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(3):e14. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30047-X [Links]
81. Barrenechea Loo MB, Gomez Zeballos C, Huaira Peña AJ, Pregúntegui Loayza I, Aguirre Gonzales M, de Castro Mujica RJ. Calidad de sueño y excesiva somnolencia diurna en estudiantes del tercer y cuarto año de Medicina. *CIMEL*. 2010; 15(2). [Links]
82. Bjorvatn B, Pallesen S, Moen BE, Waage S, Kristoffersen ES. Migraine, tension-type headache and medication-overuse headache in a large population of shift working nurses: a cross-sectional study in Norway. *BMJ Open*. 2018; 8(11): e022403. [Links]
83. **C. Zhang, L. Yang, S. Liu, et al.** Encuesta sobre el insomnio y los factores psicológicos sociales relacionados entre el personal médico involucrado en el brote de la enfermedad del nuevo coronavirus de 2019 **Front Psychiatr, 11 (2020), p. 306, 10.3389/fpsy.2020.00306 View PDF Ver registro en ScopusGoogle Académico**
84. **M. Dosil Santamaría, N. Ozamiz-Etxebarria, I. Redondo Rodríguez, et al.** Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles **Rev Psiquiatría Salud Ment (2020), 10.1016/j.rpsm.2020.05.004 View PDFGoogle Académico**
85. **S. Pappa, V. Ntella, T. Giannakas, et al.** Prevalencia de depresión, ansiedad e insomnio entre los trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19: una revisión sistemática y un metanálisis **Brain Behav Immun (2020), 10.1016/j.bbi.2020.05.026 View PDF Google Académico**
86. **R. Rossi, V. Soggi, F. Pacitti, et al.** Resultados de salud mental entre los trabajadores de la salud de primera y segunda línea durante la pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en Italia **JAMA Netw Open, 3 (2020), Artículo e2010185, 10.1001/jamanetworkopen.2020.10185 View PDF Google Académico.**

ANEXO ENCUESTA

1. Sexo; Femenino o Masculino
2. Edad: Expresada en años.
3. Antecedentes personales; No o SI; HTA, DBT tipo I o II, Obesidad, EPOC, Asma, trastorno mental de base.
4. Convivientes; Si o NO
5. Ámbito de trabajo: privado, público o ambos
6. Área de trabajo: sala de internación, consultorio externo, consultorio de febriles, guardia, sector de cocina, oficinas administrativas, dirección.
7. Actividad que desempeña: Medico, enfermero, kinesiólogo camillero, bioquímico, cocina, mucamas, administrativos, directivos.
8. Tiempo de permanecía en el trabajo: Expresados en horas por semana.
9. Debido a la pandemia requirió la consulta a un psicólogo y/o psiquiatra (De concurrir a un psicólogo o psiquiatra previo a la pandemia la respuesta es “no”); SI o No.
10. Estuvo licenciado/a DURANTE toda la pandemia; Si o No.

ANEXO ESCALA DASS-21				
	No me aplicó	Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo	Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo	Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo
Me costó mucho relajarme	0	1	2	3
Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
Sentí que tenía muchos nervios	0	1	2	3
Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
Sentí que no tenía nada por que vivir	0	1	2	3
Noté que me agitaba	0	1	2	3
Se me hizo difícil terminar las cosas	0	1	2	3
Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
No me pude entusiasmar por nada	0	1	2	3
Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
Sentí que estaba muy irritable	0	1	2	3
Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

ANEXO ESCALA DE ATENAS

1. Tienes dificultad para empezar a dormir?
 - No tengo problema para empezar a dormir.
 - Tengo un problema leve para empezar a dormir.
 - Tengo un problema moderado para empezar a dormir.
 - Tengo un problema severo para empezar a dormir.
2. ¿Despiertas una o varias veces durante la noche?
 - No despierto durante la noche.
 - Tengo un problema leve porque despierto durante la noche.
 - Tengo un problema moderado porque despierto durante la noche.
 - Tengo un problema severo porque despierto durante la noche.
3. ¿Se te va el sueño en la madrugada y ya no puedes dormir?
 - No se me va el sueño en la madrugada.
 - Tengo un problema leve porque se me va el sueño en la madrugada.
 - Tengo un problema moderado porque se me va el sueño en la madrugada.
 - Tengo un problema severo porque se me va el sueño en la madrugada.
4. El tiempo que duermes cada noche es:
 - Suficiente o adecuado.
 - Ligeramente insuficiente.
 - Moderadamente insuficiente.
 - Severamente insuficiente o no duerme en toda la noche.
 -
5. Sin importar cuánto tiempo duermes, en general, ¿cómo es la calidad de su sueño?
 - Es suficiente o adecuada.
 - Es ligeramente insuficiente.
 - Es moderadamente insuficiente.
 - Es severamente insuficiente, o no duermes en toda la noche.
6. ¿Cómo es la calidad de tu vida?
 - Es normal o buena.
 - Está ligeramente disminuida.
 - Está moderadamente disminuida.
 - Está severamente disminuida.
7. ¿Cómo es tu funcionamiento físico y mental durante el día?
 - Es normal o bueno.
 - Está ligeramente disminuido.
 - Está moderadamente disminuido.
 - Está severamente disminuido.
8. ¿Tienes necesidad de dormir durante el día?
 - No, ninguna necesidad.
 - Tengo necesidad leve de dormir durante el día.
 - Tengo necesidad moderada de dormir durante el día.
 - Tengo necesidad severa de dormir durante el día.

Preguntas para valoración de escala DASS 21

- Estrés; 1-6-8-11-12-14-18
- Depresión; 3-5-10-13-16-17-21
- Ansiedad; 2-4-7-9-15-19-20

Interpretación: a mayor puntuación general, mayor grado de sintomatología.

Puntos de corte utilizados:

Depresión:

- 0-4 Ausente
- 5-6 depresión leve
- 7-10 depresión moderada
- 11-13 depresión severa
- 14 o más, depresión extremadamente severa.

Ansiedad:

- 0-4 Ausente
- 4 ansiedad leve
- 5-7 ansiedad moderada
- 8-9 ansiedad severa
- 10 o más, ansiedad extremadamente severa.

Estrés:

- 0-8 Ausente
- 8-9 estrés leve
- 10-12 estrés moderado
- 13-16 estrés severo
- 17 o más, estrés extremadamente severo.

Severidad del Insomnio. Escala de Atenas

La escala consta de 8 preguntas la cuales la valoración de 0 a 3.

- 0 ningún problema
- 1 problema leve
- 2 problema considerable
- 3 problema severo.

Se utilizó una puntuación AIS total de 6 o más para considerar el insomnio ⁴⁷

ANEXO II. CARTA AL COMITÉ DE ÉTICA DEL HOSPITAL INTENDENTE GABRIEL CARRASCO.

HOSPITAL INTENDENTE GABRIEL CARRASCO, 05 de OCTUBRE de
2021

Comité de Ética.

Hospital Escuela Intendente Carrasco

S_____ / D_____

De mi mayor consideración:

Por medio de la presente me dirijo a ustedes con la finalidad de comunicarles mi deseo de realizar un proyecto de estudio de investigación, observacional, descriptivo y analítico, de corte transversal, en el periodo comprendido entre el 01/04/21 al 15/04/21, titulado Impacto en la salud mental del personal de salud debido a la pandemia por el SARS-CoV-2 en un Hospital de Segundo nivel.

Surge esta inquietud ante la necesidad de realizar dicho proyecto como parte del trabajo final de la carrera de Posgrado Universitario de la Especialidad de Clínica Médica.

Adjunto el proyecto completo en donde especifica el tema, los objetivos, materiales y métodos y las variables.

Desde ya agradezco su atención y espero su respuesta.

Atte.