

Artículo de Investigación Científica o Tecnológica

Salud mental del talento humano en salud durante el covid-19 en Colombia

Mental health of healthcare workers during covid-19 in Colombia

Andrés Felipe Agudelo Hernández ¹, John Bohórquez Buitrago ², Helena Vélez Botero ³, Ana María Peñuela Poveda ⁴
Nubia Esperanza Bautista Bautista ⁵, Andrea Yanira Rodríguez Rodríguez ⁶

Recibido: 15 julio 2022

Aceptado: 15 noviembre 2022

Resumen

Introducción: la salud mental ha tenido un impacto en la pandemia por COVID-19 en el personal de salud. Comprender y abordar la salud mental en esta población se ha constituido como un reto de la fase actual de la pandemia.

Objetivo: describir los riesgos en salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y violencias en en trabajadores de la salud durante el periodo de aislamiento debido a la pandemia por COVID-19.

Métodos: estudio descriptivo-correlacional de corte transversal. La muestra estuvo compuesta por 3163 profesionales de la salud, mediante un muestreo no probabilístico incidental, con uso de instrumentos como el Self-Reported Questionnaire (SRQ), Escala Reducida de Resiliencia de Connor-Davidson, ASSIST, además de datos sociodemográficos que indagaron por violencias y por búsqueda de ayuda durante la primera fase de la pandemia.

Resultados: El 27.4% presentó síntomas de ansiedad o depresión, 4.9% presentó riesgo de suicidio, 14.1% presentó consumo moderado o alto de alguna sustancia y 7.2% estuvo expuesto a algún tipo de violencia. En cuanto a la resiliencia, se encontró una media de 28.4.

Conclusión: los síntomas encontrados son validados por la literatura mundial, además el nivel de resiliencia es considerablemente menor en las personas que presentan estos riesgos. La salud mental durante la pandemia en Colombia mostró importantes implicaciones a nivel afectivo y en relación al consumo de sustancias en los trabajadores de salud, en relación frente al consumo de sustancias psicoactivas, al aumento de las violencias y a la búsqueda de ayuda a dichas problemáticas.

Palabras clave: salud mental; trastornos relacionados con sustancias; violencia; resiliencia psicológica; COVID 19.

Abstract

Introducción: Mental health has had an impact on the COVID-19 pandemic in healthcare workers. Understanding and addressing mental health in this population has become a challenge in the current phase of the pandemic.

Aim: Describe the risks in mental health, consumption of psychoactive substances and violence in health workers during the period of isolation due to the COVID-19 pandemic.

Methods: Descriptive-correlational cross-sectional study. The sample consisted of 3,163 health professionals, through incidental non-probabilistic sampling, using instruments such as the Self-Reported Questionnaire (SRQ), Connor-Davidson Reduced Resilience Scale, ASSIST, in addition to sociodemographic data that inquired about violence and seeking help during the first phase of the pandemic.

Results: 27.4% presented symptoms of anxiety or depression, 4.9% presented suicide risk, 14.1% presented moderate or high consumption of some substance and 7.18% were exposed to some type of violence. Regarding resilience, an average of 28.4 was found.

Conclusion: The symptoms found are validated by the world literature, in addition the level of resilience is considerably lower in people who present these risks. Mental health during the pandemic in Colombia showed important implications at the affective level and in relation to substance use in health workers, in relation to the use of psychoactive substances, the increase in violence and the search for help for these problems.

Key words: Smental health; psychotropic drugs; violence, COVID-19, resilience psychological

¹ Universidad de Manizales, Manizales, Colombia

² Asesor Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, Colombia

³ Universidad Nacional de Colombia, Bogota, Colombia

⁴ Coordinadora Grupo Convivencia Social y Ciudadanía -Dirección de Promoción y Prevención, Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, Colombia

⁵ Subdirectora de Enfermedades No Transmisibles, Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, Colombia

⁶ Coordinadora de Epidemiología y demografía, Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, Colombia

Autor de correspondencia: Andrés Felipe Agudelo Hernández afagudelo81703@umanizales.edu.co

INTRODUCCIÓN

Indiscutiblemente los eventos críticos tienen consecuencias psicológicas importantes cuya evolución está asociada a la intensidad y duración de la situación particular; sin embargo, el impacto de tal situación está determinado en buena medida por la percepción de amenaza de los individuos y las habilidades para afrontar la preocupación que genera la vulnerabilidad percibida. Sin embargo, pocos fenómenos son tan contundentes en la forma de impactar la sociedad y la cultura como lo han sido los brotes de enfermedades infecciosas.

El estudio de los efectos de un brote infeccioso agudo en la salud mental es más bien reciente. Durante los brotes del SARS-CoV-1, MERS y el H1N1 en lo corrido del siglo XXI, se han reportado un amplio espectro de problemas y trastornos mentales y psicosociales como depresión, trastornos de ansiedad, trastornos asociados a trauma, delirium, agitación psicomotora y conducta suicida.¹⁻³ Dentro de los efectos se destacan los síntomas de estrés postraumático, confusión e ira, asociados a temores de infección, frustración, aburrimiento, suministros inadecuados, información inadecuada, pérdidas y estigma; reacciones emocionales como aburrimiento, soledad, rabia o irritabilidad, así como sentimientos de ansiedad e incluso de culpa sobre los efectos del contagio y estigma sobre los seres queridos.⁴⁻⁹

La experiencia del brote de Ébola dejó varias afectaciones importantes en la salud mental de supervivientes, huérfanos y personal sanitario; e hizo evidente la necesidad de invertir en el apoyo psicosocial y la salud mental, mejorar la atención a los niños afectados e, integrar las intervenciones psicosociales y de salud mental en el accionar de la salud pública.¹⁰ La pandemia de COVID-19 ha causado que las personas experimenten reacciones de miedo y preocupación en variados niveles, sentimientos asociados tanto a la enfermedad como a las situaciones resultantes de las medidas gubernamentales que se implementan para la contención, mitigación y erradicación de la pandemia.⁷

En la actualidad, dentro de la población más vulnerable en términos de salud mental se destaca el personal sanitario debido a la gran responsabilidad, la carga de trabajo y el consecuente agotamiento, además del ya evidente riesgo de discriminación y estigma. El impacto de este tipo de situaciones puede ser cualitativamente distinto del estrés de otras situaciones, especialmente para los trabajadores de la salud, debido a que: (a) la exposición al contagio y la carga laboral generan aislamiento social y diversos sentimientos de malestar, y (b) la persona expuesta teme no solo por su propia seguridad, sino también por la seguridad de sus seres queridos; ambas circunstancias reducen la disponibilidad de apoyo social para amortiguar el impacto del estrés.¹¹

En Wuhan, los trabajadores médicos se enfrentaron a una enorme presión (alto riesgo de infección, inadecuada protección, exceso de trabajo, frustración, discriminación, aislamiento, pacientes con emociones negativas, falta de contacto con sus familias y agotamiento), lo que causa diversos problemas de salud mental (estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, enojo y miedo).¹¹ Esta difícil situación no solo afecta la capacidad del personal en salud para responder a la lucha contra el COVID-19, sino que tiene una alta

probabilidad de tener efectos duraderos en su salud.

Diversas investigaciones sugieren que el estrés continuo resultante de estresantes psicológicos y sociales puede hacer a una persona más susceptible a la enfermedad y alterar el curso de una enfermedad. Entre los estudios asociados al impacto en el talento humano se destacan que las personas con SARS que eran trabajadores de la salud tenían un mayor riesgo de padecer estrés postraumático (40.7%),¹² aquellos trabajadores de la salud que cuidaron a pacientes con SARS experimentaron angustia o una enfermedad mental uno a dos años después del brote.^{13,14} De igual forma, se ha identificado tres años después del brote de SARS, que el haber trabajado en el sector salud, en sitios de alto riesgo, y el haber estado en cuarentena, se asoció positivamente con la presencia de síntomas de abuso o dependencia del alcohol.²

Los trabajadores de la salud perciben mayor estigmatización y rechazo de las personas en sus comunidades, percepción de riesgo con respecto a su trabajo por parte de las familias e incluso temor al contagio por parte de los empleadores,¹⁵ y experimentan sensaciones de incertidumbre y percepción de peligro ante el COVID, así como miedo, frustración y síntomas de depresión y ansiedad.⁶ Por lo tanto, se enfrentan a una gran presión, un alto riesgo de contagio, exposición por una protección inadecuada, exceso de trabajo, frustración, discriminación, aislamiento, distanciamiento de los seres queridos y agotamiento; lo cual puede desencadenar problemas de salud mental como estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, ira y miedo.¹¹

El impacto de la pandemia en la práctica médica en América Latina se ha estudiado desde diversas aristas. En términos de desafíos, el talento humano en salud destaca el riesgo de contagio por COVID-19, el decremento del contacto con los pacientes y la consecuente preocupación por su adherencia terapéutica, a lo cual se suma el incremento en la percepción de sobrecarga. En cuanto a la perspectiva futura, el 94% de los profesionales de la salud anticipan un incremento de los problemas de salud emocional, dificultades económicas para el funcionamiento de servicios de salud, la normalización de servicios de telesalud para la atención de casos leves y el mantenimiento de protocolos de distanciamiento físico.¹⁶ En Colombia los profesionales de la salud reportan temor a ser contagiados, contagiar a otros y frente a la muerte propia o de otros colegas; manifiestan ser discriminados e incluso agredidos por su trabajo; el 40% de los profesionales presentan síntomas de ansiedad, depresión, problemas de sueño o insomnio. El 35.4% de los profesionales de medicina presenta síntomas de ansiedad; el 26.7% de depresión y el 13.0% insomnio; en otros profesionales de la salud, el 31.8% tiene síntomas de ansiedad, el 18.2% presenta síntomas de depresión, y el 4.5% padece insomnio; mientras que el 27.8% de los profesionales de enfermería padece ansiedad, el 16.7% depresión y el 10.5% insomnio.¹⁷

Es bien sabido que el estrés afecta el sistema inmunológico, la función cardíaca, los niveles hormonales, el sistema nervioso y los índices metabólicos; de tal suerte que puede contribuir a enfermedad tales como hipertensión, úlceras, dolor crónico, ataques cardíacos, cáncer, resfriado común y exacerbaciones de enfermedad autoinmune. Otros efectos conocidos del estrés sobre el organismo son los relacionados con problemas de memoria

(específicamente memoria explícita), decline de la secreción de testosterona, pobres erecciones en los hombres y trastornos del sueño (como el insomnio). Así mismo, el estrés juega un papel sobresaliente en el desarrollo de problemas psicológicos, en tanto que la exposición a estresores crónicos e intensos incrementa el riesgo para padecer ansiedad, desordenes de humor y depresión.¹²

La respuesta al estrés implica la liberación de neurohormonas tales como catecolaminas, corticosteroides y endorfinas, las cuales pueden deteriorar progresivamente el funcionamiento inmunológico, de tal modo que sea deficiente para la detección de invasores, en la producción de anticuerpos, en la capacidad de proteger al organismo, en reproducir células sanguíneas, haciendo más probable que se desarrollen o agraven infecciones y enfermedades.¹²

El estrés tiene un efecto indirecto sobre los hábitos de salud, desmejorándolos y facilitando la práctica de hábitos que reducen el funcionamiento inmunológico tales como la disminución del tiempo de sueño, consumo de alcohol, fumar, alimentación poco nutritiva y vida sedentaria, entre otros. Dado que la situación de emergencia sanitaria asociada al brote de Coronavirus representa un evento crítico con un importante potencial de afectación colateral, como suceso estresante y adverso per se, resulta de vital relevancia identificar las fuentes de estrés que afectan al talento humano en salud de forma particular y, en consecuencia, propiciar el cuidado de la salud mental de este grupo particular a través de estrategias que favorezcan el proceso de afrontamiento activo del estrés durante la situación de emergencia. Basados en lo anterior, el presente estudio se planteó como objetivo explorar los riesgos en salud mental, por consumo de sustancias psicoactivas y debido a la exposición a violencias en el talento humano en salud, y su relación con los niveles de resiliencia, durante la pandemia por COVID-19.

MATERIALES Y MÉTODOS

Participantes y procedimiento

Se realizó un estudio descriptivo-correlacional de corte transversal. La muestra estuvo compuesta por 3,163 profesionales de la salud vinculados a los servicios sanitarios colombianos, mayores de edad, vinculados mediante un muestreo no probabilístico incidental, considerando la medida de aislamiento por COVID-19, vigente durante el periodo de recolección de información, la cual se dio en la población en el primer año del 2020. El presente estudio fue aprobado por el comité de bioética del Instituto Nacional de Salud.

Medidas

Para obtener los datos se utilizó un cuestionario virtual auto diligenciado, alojado en la plataforma KoboToolbox y compuesto por siete secciones de instrumentos previamente validados:

- Datos sociodemográficos y Soporte social: Retoma las preguntas de caracterización poblacional de la Encuesta Nacional de Salud Mental del 2015 de Colombia.¹⁸
- Nivel de Resiliencia: Escala Reducida de Resiliencia de Connor-Davidson (10 ítems tipo Likert), validada para Colombia como una medida unidimensional de los niveles de resiliencia en diferentes grupos poblacionales.^{19,20}
- Riesgos en salud mental: Se emplea el cuestionario de síntomas

para adolescentes, jóvenes y adultos (The Self Reporting Questionnaire, SQR), el cual mide cinco áreas específicas: depresión, ansiedad, alcoholismo, psicosis y epilepsia, a través de 30 dicotómicas (SÍ y NO).¹⁸

- Consumo de sustancias psicoactivas: Se utiliza el cuestionario ASSIST, el cual consta de ocho preguntas con opciones de respuesta múltiple, las cuales proporcionan información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. Indica el riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido, permitiendo clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en 'bajo', 'moderado' o 'alto'.²¹
- Exposición a violencias: Retomando preguntas de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (2015) se plantean cuatro ítems para indagar la vivencia de algún tipo de violencia y, en función de ello identificar el tipo de violencia experimentada, el vínculo con el victimario y la búsqueda de ayuda.²²
- Servicios de salud mental: Se evalúa la búsqueda de atención y el acceso a servicios de salud mental, a través de cuatro preguntas tomadas de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.²³

Los datos recolectados, se consolidaron en una hoja de cálculo de Excel de manera automática desde la plataforma KoboToolbox y posteriormente se depuraron y procesaron los datos a través del paquete estadístico SPSS v26.

RESULTADOS

El talento humano en salud (THS) participante en el estudio tiene una edad media de 38.2 años (mínimo= 18, máximo= 79), está representado mayoritariamente por mujeres (82.5%) y en menor proporción por hombres (17.4%) y personas intersexuales (0.1%). Con respecto a su ubicación en el territorio nacional, la muestra se distribuyó en las 5 regiones y la capital del país (Central: 26.3%; Bogotá: 19,54%; Oriental: 24,98%; Pacífica: 13.1%; Atlántico: 11.8%; Orinoquia y Amazonia: 4.2%). Con respecto al ejercicio de la profesión y el nivel educativo se encontró que la mayoría de los participantes se encuentra vinculado a servicios asistenciales (52.5%) y el 40% del THS cuenta con título de posgrado (Tabla 1).

Los resultados del Self-Reported Questionnaire (SRQ) evidenciaron que el 27.4% de los participantes presentaba algún riesgo asociado a la esfera mental. Entre los síntomas identificados, se destacan por sus altas proporciones: sentimientos de tristeza (49.8%), nerviosismo, tensión o aburrimiento (45.2%), problemas para dormir (44.4%), cansancio (40.3%) y dolores de cabeza frecuentes (39.0%).

El 4.9% del talento humano en salud informo ideación suicida dentro de los 30 días previos a responder el cuestionario. Se encontró una alta proporción del talento humano en salud con cuatro o más síntomas de depresión (52.0%) y tres o más síntomas de ansiedad (26.6%).

Por su parte, los resultados del ASSIST señalan que el 31.3% del talento humano en salud no ha consumido ninguna sustancia psicoactiva a lo largo de la vida, el 40.5% ha consumido una sustancia y el 28.2% ha consumido dos o más sustancias. Entre las sustancias más consumidas por el talento humano en salud durante el periodo de aislamiento preventivo, se destacan como las más

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

	Nivel Educativo	Área de servicio (%)			Total (%)
		Administrativa	Asistencial	Asistencial y Ad- ministrativa	
Hombre	Posgrado	17.6	25.6	3.6	46.8
	Técnico/Tecnólogo	4.5	9.4	0.7	14.7
	Universitario	11.4	25.1	2.0	38.5
	Total	33.6	60.1	6.4	100
Intersexual	Posgrado		33.3		33.3
	Técnico/Tecnólogo	33.3			33.3
	Universitario		33.3		33.3
	Total	33.3	66.7		100
Mujer	Posgrado	19.6	16.1	2.9	38,6
	Técnico/Tecnólogo	9.9	12.2	0.9	22.9
	Universitario	12.9	22.6	3.0	38.5
	Total	42.4	50.8	6.8	100
Total	Posgrado	19.2	17.8	3.0	40.0
	Técnico/Tecnólogo	9.0	11.7	0.9	21.5
	Universitario	12.7	23.0	2.9	38.5
	Total	40.8	52.5	6.7	100

Tabla 2. Consumo de sustancias psicoactivas en los últimos tres meses y niveles de riesgo en el talento humano en salud

Tipo de consumo y riesgo por sustancia psicoactiva (SPA)	Tabaco (%)	Bebidas alcohólicas (%)	Cannabis (%)	Cocaína (%)	Estimulantes de tipo anfetamina (%)	Inhalantes (%)	Sedantes (%)	Alucinógenos (%)	Opiáceos (%)	Otras SPA (%)
No consume	75.5	35.1	91.4	98.0	99.6	99.4	94.2	98.2	98.8	99.0
Nunca	17.2	13.4	6.8	1.9	0.3	0.5	2.2	1.6	1.0	1.0
Consumo en los últimos 3 meses										
1 o 2 veces	2.8	32.6	1.2	0.1	0.1	0.2	1.5	0.1	0.1	0.03
Mensual	1.0	11.3	0.2				0.5	0.1	0.1	0.03
Semanal	1.5	7.0	0.2	0.0			0.5	0.03	0.1	0.03
Diario o casi diario	2.0	0.6	0.2				1.1		0.1	0.03
Nivel de riesgo										
Bajo	94.5	95.9	99.9	100.0	99.7	100.0	97.3	99.9	99.8	100.0
Moderado	5.4	4.1	1.0	0.1	0.3	0.03	2.7	0.1	0.2	0.1
Alto	0.1	0.0		0.0			0.03			



Figura 1. Nivel de resiliencia en presencia o ausencia de riesgos y recepción de ayuda

Tabla 3. Impacto de los riesgos en salud mental y por consumo de sustancias psicoactivas

		Salud Mental (%)		Consumo de SPA (%)		Conducta Suicida (%)	
		En Riesgo	Sin Riesgo	En Riesgo	Sin Riesgo	En riesgo	Sin riesgo
En los últimos 30 días ¿buscó atención por sus problemas emocionales, nerviosos o de salud mental?	No	20.6	68.8	9.8	79.5	2.9	86.5
	Si	6.9	3.8	2.5	8.2	2.0	8.6
En los últimos 30 días, si buscó atención por sus problemas emocionales, nerviosos o de salud mental, ¿la recibió?	No	13.1	3.0	4.2	11.9	5.9	10.1
	Si	51.6	32.3	19.9	65.0	13.1	70.9
Después del aislamiento preventivo obligatorio, ¿ha podido retomar sus ocupaciones?	No	4.1	5.3	1.3	8.0	0.9	8.4
	Si	23.4	67.3	11.0	79.7	4.0	86.8
¿Siente que ha podido funcionar adecuadamente en las actividades retomadas?	No	8.6	4.5	2.6	10.6	1.8	11.3
	Si	18.8	68.0	9.7	77.1	3.0	83.8

frecuentes el alcohol, el tabaco y los sedantes (Tabla 2). El 14.1% del talento humano en salud participante en el estudio presenta niveles moderados o altos de riesgo asociados principalmente al consumo de alcohol, tabaco, sedantes, cocaína y cannabis.

Sobre el impacto de los síntomas reportados en salud mental o consumo de drogas, la mayoría de las personas que tenían algún riesgo no buscaron ayuda. De quienes buscaron atención en los servicios de salud dentro de los 30 días antes de participar en el estudio (5.3% de las personas encuestadas), en promedio el 42.0% de las personas reportó haber recibido la ayuda solicitada.

Adicionalmente, se observa que las personas del talento humano en salud que presentan riesgos en salud mental, asociados al consumo de sustancias psicoactivas o relacionados con la conducta suicida, han experimentado mayores dificultades para retomar sus

actividades tras el confinamiento y perciben mayores dificultades para desempeñarlas (Tabla 3).

Un total de 227 personas pertenecientes al talento humano en salud, equivalente al 7.2% del total de participantes, reportaron haber experimentado algún tipo de violencia, con mayor frecuencia de tipo psicológico (69.2%), seguida por la de tipo económico o patrimonial (22.9%) y en menor proporción de tipo físico (7.9). Si bien la mayoría de las situaciones de violencia fueron vivenciadas por mujeres (81.9% mujeres y 31.7% hombres), son ellas quienes buscan ayuda con mayor frecuencia (35.5% mujeres y 18.16% hombres).

Dicha búsqueda de ayuda se dio en la mayoría de los casos de violencia física, salvo en los que ésta fue ejercida por la pareja, en los casos de violencia psicológica y económica es significativamente baja la proporción de personas que busca ayuda (Tabla 4).

Tabla 4. Exposición a violencias y búsqueda de ayuda

Casos y actores involucrados en cada tipo de violencia		Hombre		Mujer	
		Buscó ayuda para afrontar la situación de violencia (%)		Buscó ayuda para afrontar la situación de violencia (%)	
El evento de violencia fue generado/causado por:		No	Si	No	Si
Violencia FÍSICA	Alguna persona de la comunidad	0.0	0.4	0.0	1.8
	Otro miembro de la familia	0.0	0.4	0.0	0.9
	Padres	0.0	0.0	0.0	0.4
	Pareja	0.4	0.0	2.2	1.3
Violencia PSI-COLÓGICA	Alguna persona de la comunidad	5.3	2.2	13.2	8.8
	Otro miembro de la familia	0.9	0.0	3.1	2.2
	Padres	0.4	0.0	2.6	1.8
	Pareja	1.8	0.0	20.7	6.2
Violencia ECONÓMICA O PATRIMONIAL	Alguna persona de la comunidad	1.8	1.8	4.4	2.6
	Otro miembro de la familia	0.4	0.4	1.8	2.2
	Padres	0.9	0.0	0.4	0.0
	Pareja	0.4	0.4	4.4	0.9
Total casos de violencia física		3 (1.3)		15 (6.6)	
Total casos de violencia psicológica		24 (10.6)		133 (58.6)	
Total casos de violencia económica o patrimonial		14 (6.2)		38 (16.7)	

Al explorar el nivel de resiliencia en el talento humano en salud se encontró que el promedio general fue de 28.3 puntos (en una escala que va de 0 a 40 puntos). Las personas sin riesgos para la salud mental, debido al uso de sustancias o exposición a la violencia obtuvieron puntajes más altos en la escala de resiliencia (puntuación promedio= 28.68), en comparación con las personas con algún nivel de riesgo (puntuación promedio= 27.03) (Figura 1).

Entre quienes buscaron y recibieron ayuda, la puntuación promedio de resiliencia es de 27.1; mientras que entre quienes buscaron ayuda y no la recibieron es de 25.8. Los resultados obtenidos en la prueba de correlación evidencian que la mayoría de las relaciones son significativas a nivel estadístico, siendo la asociación entre riesgo en salud mental e ideación suicida la de mayor magnitud y relevancia, seguida por las relaciones entre ideación suicida y exposición a violencias, ideación suicida y riesgo por consumo de sustancias psicoactivas, ideación suicida y riesgo por exposición a violencias, y riesgo en salud mental y exposición a violencias

Pese a que las relaciones inversas entre resiliencia y las variables de riesgo muestran tamaños de efecto bajos y medios, son de destacar las asociaciones con el riesgo en salud mental y la ideación suicida (Tabla 5).

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue determinar los riesgos en salud mental, por consumo de sustancias psicoactivas y debido a la exposición a violencias en el talento humano en salud, y su relación con los niveles de resiliencia, durante la pandemia por COVID-19, en Colombia. Para lo anterior, se abordó la salud mental desde aspectos de bienestar (como la resiliencia y el soporte social) y la

ausencia de síntomas psiquiátricos (para lo cual se usó el SRQ), de riesgo de consumo de SPA y de riesgo de exposición a violencias.

En este sentido, el 27.4% de la muestra presentó sentimientos de tristeza, nerviosismo, tensión o aburrimiento, problemas para dormir, cansancio y cefalea, además de ideación suicida en el 4.9%. Estos datos concuerdan con la revisión sistemática realizada por Müller et al.²⁴, en la cual el porcentaje de trabajadores sanitarios con ansiedad osciló entre el 9% y el 90%, con una mediana del 24%; las cifras de depresión oscilaron entre el 5% y el 51%, con una mediana del 21%; el porcentaje de problemas para dormir osciló entre el 34% y el 65%, con una mediana del 37%, al igual que un alto porcentaje de problemas somáticos generales, lo que también coincide con los resultados del presente estudio, en el cual 39.0% de las personas estudiadas reportaron cefalea.

Estos factores de riesgo se han asociado a peores desenlaces una vez terminadas las crisis sanitarias. Un año después de la epidemia de 2003 por SARS-Cov-1, el personal de salud que manejaron a pacientes infectados tuvieron una mayor prevalencia de agotamiento, angustia psicológica y síntomas de TEPT.²⁵ La existencia de antecedentes psiquiátricos y la corta edad demostraron ser factores de riesgo, mientras que el acceso a una celda de soporte y acceso a la información adecuada permitió reducir el impacto de la crisis sanitaria en el estado psicológico.²⁶ En relación con otros aspectos psicosociales de la salud mental, el presente estudio mostró un porcentaje importante de violencias, además de un poco búsqueda de ayuda. En este sentido, se ha descrito que el factor de protección notificado con más frecuencia asociado con la reducción del riesgo de problemas de salud mental fue contar con apoyo social.^{1,23,27,28}

Tabla 5. Relaciones entre riesgos y resiliencia

		Riesgo en Salud Mental	Riesgo por consumo de SPA	Riesgo por exposición a violencias	Ideación suicida
Resiliencia	C. Pearson	-0.131**	-0.047**	-0.021	-0.114**
	Sig.	0.000	0.008	0.227	0.000
	p	0.361	0.216	0.144	0.337
	1- β	1	1	0.999	1
Riesgo en Salud Mental	C. Pearson		0.171**	0.191**	0.332**
	Sig.		0.000	0.000	0.000
	p		0.413	0.437	0.576
	1- β		1	1	1
Riesgo por consumo de SPA	C. Pearson			0.090**	0.202**
	Sig.			0.000	0.000
	p			0.300	0.449
	1- β			1	1
Riesgo por exposición a violencias	C. Pearson				0.205**
	Sig.				0.000
	p				0.452
	1- β				1

Significancia estadística (Sig.), tamaño del efecto (p) y potencia estadística (1- β)
 ** La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral)
 p= 0.10 bajo, 0.30 media, 0.50 alta

Muller et al.²¹, describieron que la familia fue la fuente más frecuente de apoyo cuando este se buscaba, lo que concuerda con los hallazgos de Louie et al.²⁹. En esta muestra se aprecian cifras bajas en la búsqueda de ayuda, lo que contrasta con estudios como el de Sun et al.³⁰, en el cual 65% de los trabajadores de la salud buscó ayuda para aliviar el estrés, lo cual, según el estudio, podría asociarse con tener mejor salud mental y contar con más resiliencia.

La ayuda profesional e informal fueron estrategias reportadas por dos estudios cada una. Una minoría de trabajadores sanitarios en el estudio de Cai et al.³¹, mencionaron que era importante buscar ayuda de un psicólogo.

En cuanto a la resiliencia y salud mental en personal sanitario en el marco de la emergencia sanitaria, pocos estudios se han publicado. Cai et al.³¹, compararon a los trabajadores experimentados de primera línea con los trabajadores de primera línea sin experiencia, y descubrieron que los trabajadores sin experiencia obtuvieron una puntuación más baja en la resiliencia total en la escala de resiliencia de Connor-Davidson, así como dentro de cada una de las tres subescalas, y tenían más síntomas de salud mental. Los trabajadores sin experiencia también eran más jóvenes y tenían menos apoyo social disponible para ellos. Lo anterior concuerda con el presente estudio, en donde los niveles de resiliencia se correlacionaron con el uso de sustancias, el riesgo de suicidio, la búsqueda de ayuda y los problemas en la salud mental.

En este sentido, aunque no hay mayores datos disponibles sobre el impacto específico de la COVID-19 y el uso de sustancias psicoactivas en personal de salud, la literatura apoya la idea de un aumento en el riesgo adictivo a corto y medio plazo en el marco de las emergencias sanitarias. Por ejemplo, la epidemia de SARS-CoV-1 fue acompañada de un aumento del trastorno por consumo de alcohol (OR >3) tres años después entre los empleados del Hospital de Pekín.^{2,25}

Futuros estudios deben tener en cuenta aspectos culturales y metodologías longitudinales, que comparen las mejores prácticas de respuesta a la crisis humanitaria, como también lo recomienda el estudio Héroes.³² De igual forma, se proporciona una línea de base que señala los esfuerzos que deben realizarse en términos de política pública para el cuidado de la salud mental del Talento Humano en Salud, buscando una recuperación de estas alteraciones y buscando prevenirlas en próximas crisis.

CONCLUSIONES

Este exceso de riesgo observado en los cuidadores de primera línea o que han estado en confinamiento, estuvo mediado por los síntomas depresivos, el trastorno de estrés postraumático y el consumo temprano de alcohol como forma de afrontamiento. Los efectos nocivos del estrés en el consumo problemático de sustancias psicoactivas están bien demostrados, especialmente entre los trabajadores de salud debido a un acceso más fácil a las drogas psicotrópicas (riesgo seguro de consumo de opioides, benzodiazepinas, hipnóticos),³³ y el miedo al estigma profesional que puede obstaculizar la solicitud de ayuda.³⁴

El cuidado de la salud mental en el personal de salud se ha

propuesto como uno de los retos que han dejado las primeras fases de la pandemia, ya que pandemias anteriores han demostrado la necesidad de atención en las fases posteriores para esta población. Al respecto, menciona Rodríguez que los profesionales de la salud mental, siendo conscientes de la tensión a la que están siendo sometidos los médicos de primera línea, ya han puesto en marcha programas de atención psicológica para ellos en el sistema público de salud y también desde diferentes asociaciones o universidades. Es una prioridad de primera índole cuidar de nuestros cuidadores.³⁵

El presente estudio permitió identificar el impacto de la situación de pandemia en la salud mental, el consumo de sustancias psicoactivas, la exposición a violencias y el acceso a servicios de salud relacionados en personal de salud. Al respecto vale aclarar que si bien la información recolectada es robusta, es importante que su interpretación sea cautelosa teniendo en cuenta que el muestreo no probabilístico empleado, debido a las restricciones asociadas a la medida de aislamiento preventivo obligatorio, facilitó la conformación de una muestra de gran tamaño, pero significativamente influenciada por el hecho de que la convocatoria a participar en el estudio se realizó desde el Ministerio de Salud y Protección social y a través de sus funcionarios; de tal suerte que se contó con una mayor participación de personas afines con el quehacer de esta entidad, personas del sector gubernamental y relacionadas directa o indirectamente con el área de la salud.

REFERENCIAS

1. Liu TB, Chen XY, Miao GD. Recommendations on diagnostic criteria and prevention of SARS-related mental disorders. *J Clin Psychol Med.* 2003; 13: 188–191.
2. Wu P, Liu X, Fang Y, Fan B, Fuller CJ, Guan Z, Yao Z, Kong J, Lu J, Litvak IJ. Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. *Alcohol Alcohol.* 2008; 43(6): 706-12. doi: 10.1093/alcalc/agn073.
3. Carvalho PMM, Moreira MM, de Oliveira MNA, Landim JMM, Neto MLR. The psychiatric impact of the novel coronavirus outbreak. *Psychiatry Res.* 2020; 286: 112902. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112902.
4. Luyt CE, Combes A, Becquemin MH, Beigelman-Aubry C, Hatem S, Brun AL, et al. Long-term outcomes of pandemic 2009 influenza A(H1N1)-associated severe ARDS. *Chest.* 2012; 142(3):583-592. doi: 10.1378/chest.11-2196.
5. 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.* 2020; 395(10227): 912-920. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
6. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry.* 2020; 7(3): 228-229. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30046-8.
7. Rheingold A. Managing anxiety related to COVID-19. Medical University of South Carolina; 2020. Recuperado de: <https://www>.

muscedu/medical_center/comm/Managing-Anxiety-Related-to-COVID-19.pdf

8. Hurémovic, D. Psychiatry of pandemics. a mental health response to infection outbreak. Ginebra: Springer; 2020.

9. Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R, et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain Behav Immun.* 2020; 88: 916-919. doi: 10.1016/j.bbi.2020.03.007.

10. Organización Panamericana de la Salud. Protección de la salud mental y atención psicosocial en situaciones de epidemias; 2016. Recuperado de: https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=informes-tecnicos&alias=2539-proteccion-salud-mental-atencion-psicosocial-situaciones-epidemias-2016-539&Itemid=1179&lang=en

11. Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R, et al. 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. doi: 10.1016/j.bbi.2020.03.028.

12. Lee AM, Wong JG, McAlonan GM, Cheung V, Cheung C, Sham PC, et al. Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *Can J Psychiatry.* 2007; 52(4): 233-40. doi: 10.1177/070674370705200405.

13. Maunder RG. Was SARS a mental health catastrophe? *Gen Hosp Psychiatry.* 2009; 31(4): 316-7. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2009.04.004.

14. Lancee WJ, Maunder RG, Goldbloom DS. Prevalence of psychiatric disorders among Toronto hospital workers one to two years after the SARS outbreak. *Psychiatr Serv.* 2008; 59(1): 91-5. doi: 10.1176/ps.2008.59.1.91.

15. Wester M, Giesecke J. Ebola and healthcare worker stigma. *Scand J Public Health.* 2019; 47(2): 99-104. doi: 10.1177/1403494817753450.

16. Fine Panel. Impacto de la Pandemia en la Práctica Médica en América Latina. Encuesta Regional Médica - Onda 5; 2020. Disponible en: <https://survey-resources-fr.s3.amazonaws.com/ES/P+Impacto+de+la+pandemia+en+la+pr%C3%A1ctica+m%C3%A9dica.pdf>

17. Ruiz LR. Impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de los trabajadores del sector salud. *Tejidos Sociales,* 2021; 3(1): 1-6.

18. Gómez-Restrepo C, de Santacruz C, Rodríguez MN, Rodríguez V, Tamayo MN, Matallana D, et al. Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo del estudio. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2016; 45(Suppl 1): 2-8. Doi: 10.1016/j.rcp.2016.04.007.

19. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety.* 2003; 18(2): 76-82. doi: 10.1002/da.10113.

20. Mandujano JMF, Domínguez GMT, Gaxiola RJC. Propiedades psicométricas de una escala de resiliencia en cuidadores familiares de adultos mayores. *Acta Colomb Psicol.* 2020; 23(2): 63-85.

21. Organización Mundial de la Salud (OMS). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Ginebra: OMS; 2011. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/consumo-sustancias-Assist-manual.pdf>.

22. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud; 2015. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv/encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-ecv-2015>

23. Gómez-Restrepo C, Aulí J, Tamayo Martínez N, Gil F, Garzón D, Casas G. Prevalencia y factores asociados a trastornos mentales en la población de niños colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2016; 45(Suppl 1): 39-49. doi: 10.1016/j.rcp.2016.06.010.

24. Muller AE, Hafstad EV, Himmels JPW, Smedslund G, Flottorp S, Stensland SØ, et al. The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry Res.* 2020; 293: 113441. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113441.

25. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19): quels risques pour leur santé mentale ? *Encephale.* 2020; 46(3S): S73-S80. doi: 10.1016/j.encep.2020.04.008.

26. Su TP, Lien TC, Yang CY, Su YL, Wang JH, Tsai SL, et al. Prevalence of psychiatric morbidity and psychological adaptation of the nurses in a structured SARS caring unit during outbreak: a prospective and periodic assessment study in Taiwan. *J Psychiatr Res.* 2007; 41(1-2): 119-30. doi: 10.1016/j.jpsychires.2005.12.006.

27. Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Med Sci Monit.* 2020; 26: e923549. doi: 10.12659/MSM.923549.

28. Ni MY, Yang L, Leung CMC, Li N, Yao XI, Wang Y, et al. Mental Health, Risk factors, and social media use during the covid-19 epidemic and cordon sanitaire among the community and health professionals in Wuhan, China: Cross-Sectional Survey. *JMIR Ment Health.* 2020; 7(5): e19009. doi: 10.2196/19009.

29. Louie PK, Harada GK, McCarthy MH, Germscheid N, Cheung JPY, Neva MH, El-Sharkawi M, et al. The Impact of COVID-19 pandemic on spine surgeons worldwide. *Glob. Spine J.* 2020; 10(5): 534-552. doi: 10.1177/2192568220925783.

30. Sun N, Wei L, Shi S, Jiao D, Song R, Ma L, et al. A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *Am J Infect Control.* 2020; 48(6): 592-598. doi: 10.1016/j.ajic.2020.03.018.

31. Cai H, Tu B, Ma J, Chen L, Fu L, Jiang Y, et al. Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in hunan between January and March 2020 during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID 19) in Hubei, China. *Med Sci Monit.* 2020; 26: e924171. doi: 10.12659/MSM.924171.

32. Mascayano F, van der Ven E, Moro MF, Schilling S, Alarcón S, Al Barathie J, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare workers: study protocol for the COVID-19 HEalth caRe wOrkErS (HEROES) study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2022; 57(3): 633-645. doi: 10.1007/s00127-021-02211-9.

33. Bransi A, Winter L, Glahn A, Kahl KG. Abhängigkeitserkrankungen bei Ärzten. *Der Nervenarzt.* 2020; 91(1): 77-90. Doi: 10.1007/s00115-019-00854-3

34. Vayr F, Herin F, Jullian B, Soulat JM, Franchitto N. Barriers to seeking help for physicians with substance use disorder: A review. *Drug Alcohol Depend.* 2019; 199: 116-121. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2019.04.004.

35. Rodríguez CCristina. Cinco retos psicológicos de la crisis del COVID-19. *JONNPR.* 2020; 5(6): 583-588. Doi: 10.19230/jonnpr.3662.

© Universidad Libre. 2022. Licence Creative Commons CC-by-nc-sa/4.0. <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en>

