

Impacto psicológico y cambios en la práctica clínica en personal sanitario durante la pandemia COVID-19, Cuenca, 2021

Psychological impact and changes in the clinical practice in healthcare workers during the COVID-19 pandemic, Cuenca, 2021

VOLUMEN 40 | N° 3 | DICIEMBRE 2022

FECHA DE RECEPCIÓN: 02/11/2022

FECHA DE APROBACIÓN: 13/12/2022

FECHA PUBLICACIÓN: 22/12/2022

1. Médico. Posgradista de Medicina Interna de la Universidad de Cuenca
Cuenca - Ecuador
2. Médico. Especialista en Medicina Infectología. Hospital José Carrasco Arteaga. Medicina Interna.
Cuenca - Ecuador
3. Doctora en Medicina y Cirugía. Magíster en Investigación de la Salud. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina
Cuenca - Ecuador
4. Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Reumatología. Magister en Investigación de la Salud y Enfermedades Autoinmunes. Doctor en Medicina e Investigación traslacional. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina.
Cuenca - Ecuador

Artículo original | Original Article

<https://doi.org/10.18537/RFCM.40.03.02>

Correspondencia:
pabloevvroberto@hotmail.com

Dirección:
Barrio Isaac Chico, Ricaurte

Código Postal:
010101

Celular:
0990590213

Cuenca - Ecuador



Ordóñez Chacha Pablo Roberto¹, Molina Matute Marcos Fernando², Encalada Torres Lorena Esperanza³, Guevara Pacheco Sergio Vicente⁴

RESUMEN

Introducción: la pandemia por COVID-19 tuvo gran impacto en la salud, un grupo con riesgo de afectación psicológica fueron los profesionales sanitarios vinculados directamente con la atención de pacientes.

Objetivo: determinar el impacto psicológico y cambios en la práctica clínica del personal de salud en los Hospitales José Carrasco Arteaga (HJCA) y Municipal de la Mujer y el Niño de Cuenca (HMMN) por efecto de la pandemia COVID-19.

Metodología: se realizó un estudio analítico transversal con 90 médicos y enfermeras. Se aplicaron los test PHQ-9 para determinar depresión, GAD-7 para ansiedad, PSS-14 para estrés e ISI para insomnio. Para recoger la información sobre los cambios sufridos por el personal en su práctica clínica, los autores elaboraron un formulario. El análisis estadístico se ejecutó en SPSS v15; para establecer asociación se utilizó OR con IC 95% y chi cuadrado.

Resultados: la prevalencia de depresión fue 58.9%, ($p < 0.001$; OR 4.7 IC95% 1.9-11.9) ansiedad 62.2% ($p < 0.01$; OR 2.8 IC95% 1.1-6.7), estrés 82.2%, insomnio 54.4% y se asociaron con las actividades propias de la profesión médica. Insomnio se relacionó con la actividad en primera línea ($p = 0.02$; OR 8.2 IC95% 1.1-71.4). Existieron cambios en la práctica clínica: el 51.1% mostró distanciamiento físico durante la atención, el 96.7% utilizó equipos de protección personal (EPP) y el 85.6% exigió su uso a los pacientes.

Conclusiones: la afección psicológica en trabajadores de salud fue alta, se asoció con profesión médica y trabajo en primera línea; los cambios en la práctica clínica fueron distanciamiento durante la atención y uso de EPP por los profesionales y pacientes.

Palabras clave: cuestionario de salud del paciente, infecciones por coronavirus, síndrome respiratorio agudo grave.

ABSTRACT

Introduction: The COVID-19 pandemic had a great impact on people's health. A group affected psychologically were healthcare workers linked directly to patient care.

Objective: to determine the psychological impact and changes in the clinical practice of healthcare workers in the José Carrasco Arteaga and Municipal de la Mujer y el Niño de Cuenca hospitals, due to the effect of the COVID-19 pandemic.

Methodology: a cross-sectional analytical study was conducted with 90 doctors and nurses. The PHQ-9 tests were applied to determine depression, GAD-7 for anxiety, PSS-14 for stress and ISI for insomnia. To collect information on the changes suffered by the staff in their clinical practice, the authors developed a form. Statistical analysis was performed on SPSS v15; to establish association, OR with 95% CI and chi-square were used.

Results: the prevalence of depression was 58.9% ($p < 0.001$; OR 4.7 IC95% 1.9-11.9), anxiety 62.2% ($p < 0.01$; OR 2.8 IC95% 1.1-6.7), stress 82.2%, and insomnia 54.4%, being associated with the medical profession. Insomnia was related to first-line activity ($p = 0.02$; OR 8.2 CI95% 1.1-71.4). There were changes in clinical practice, thus, 51.1% showed physical distancing during care, 96.7% used personal protective equipment (PPE) and 85.6% required its use to patients.

Conclusion: the psychological condition in health workers was high, it was associated with the medical profession and front-line work; the changes in clinical practice were distancing during care and use of PPE by professionals and patients.

Keywords: patient health questionnaire, coronavirus infections, severe acute respiratory syndrome.

INTRODUCCIÓN

La infección por el SARS-CoV-2 causante de COVID-19, tras su aparición en diciembre del 2019 en China, se convirtió en un problema de salud mundial que alcanzó la categoría de pandemia, al momento continúa¹.

El impacto en la salud pública ha rebasado cualquier límite, generando consecuencias económicas a gran escala por los gastos directos y por las acciones tomadas por los diferentes gobiernos para limitar su propagación². A pesar de no haber declarado el fin de la pandemia, el mundo se encuentra aún en un proceso de control de la enfermedad; a partir del desarrollo de las vacunas, la magnitud de la infección y de la enfermedad ha cambiado el curso de la historia, al punto que hoy se reconocen dos etapas de la humanidad, una antes y otra después de la aparición del SARS-CoV-2³.

La infectividad por el SARS-CoV-2 es muy alta en comparación con el coronavirus del SARS; estudios indican que su número de reproducción básico (R0), indicativo de la transmisibilidad viral, tiene como media 3.28, mientras que, para el SARS oscila entre 2 y 3⁴. En la época de mayor apogeo de la pandemia, durante el 2020 y principios de 2021, se estimó una mortalidad cercana al 6%, que en combinación con la alta transmisibilidad, favoreció el colapso de los sistemas de salud en varios países⁵.

La respuesta de la ciencia ha sido fundamental para el control de la pandemia, porque se han desarrollado métodos diagnósticos, nuevos tratamientos y medidas preventivas como las vacunas, que han limitado el impacto de la enfermedad sobre la población y que son consideradas el principal medio de control^{6,7}.

La pandemia generó efectos psicológicos negativos en la población mundial; esto fue demostrado en un estudio realizado entre los residentes de Liaoning, en respuesta al brote por el COVID-19, en el que se estableció que el 52.1% de la población se sintió preocupada y estresada por la situación de la enfermedad⁸; además, las prácticas se vieron afectadas, así, en la provincia de Hubei el 98% de personas utilizaron mascarillas al salir de sus domicilios y el 96.4% evitaron acudir a lugares concurridos⁹.

Existen grupos vulnerables propensos a sufrir un mayor impacto psicológico, entre ellos, los profesionales de salud que participaron en funciones de valoración, diagnóstico, tratamiento y cuidado de pacientes con COVID-19, en quienes la prevalencia de depresión, ansiedad, estrés e insomnio fueron mayores¹⁰.

Los profesionales de la salud evidenciaron un impacto psicológico importante por situaciones como temor, estrés post traumático, ansiedad y depresión, afectando al desarrollo de sus actividades. Un estudio realizado en 1 257 trabajadores de la salud en diversas regiones de China, demostró un alto riesgo de padecer enfermedades mentales como consecuencia de la pandemia; así, se identificó que el 50.4% presentó depresión, el 44.6% síntomas de ansiedad, el 34% dificultades para conciliar el sueño y el 71.5% se sintió angustiado ante la situación del COVID-19¹¹. Los factores que incitaron un mayor impacto mental en los profesionales sanitarios fueron el trabajo bajo presión, el riesgo de contagio, excesivas jornadas laborales, la falta de medidas de protección, frustración, muerte de pacientes y colegas, agotamiento y la falta del contacto con familiares^{12,13}.

El paradigma de atención y la práctica clínica del personal sanitario dió un cambio drástico; los profesionales para adaptarse a la nueva realidad implementaron el uso de las prendas de protección personal para atención de pacientes; además, el distanciamiento significó tocar al paciente lo mínimo posible. Nuevas formas de brindar atención médica se diversificaron, entre ellas, se limitó al máximo las visitas domiciliarias, las consultas médicas de los casos leves se realizaban a través de plataformas virtuales que incluían redes sociales, aplicaciones web de video llamada o una simple llamada telefónica; todo esto, dificultando la práctica clínica^{14,15}.

El propósito de esta investigación fue determinar el impacto psicológico en los profesionales de la salud de los hospitales HJCA y HMMN, y determinar los cambios en la práctica clínica durante la pandemia de COVID-19.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio analítico transversal con médicos y enfermeras del área de Medicina Interna de los hospitales HJCA y HMMN.

La muestra estuvo conformada por 90 personas que cumplieron los criterios de inclusión. Se excluyeron del estudio a los profesionales diagnosticados de trastornos psicológicos o psiquiátricos previamente, y a quienes no dieron su consentimiento para participar en este estudio.

La variable de impacto psicológico, estuvo compuesta por depresión, ansiedad, estrés e insomnio. Las variables demográficas fueron: sexo, edad, residencia, profesión, nivel de instrucción; las variables generales: primera línea de atención, área de trabajo, autoaislamiento y las variables de cambios en la práctica clínica fueron: modalidad de atención, saludo al paciente, distanciamiento social dentro de la consulta, uso de guantes, uso de mascarilla, uso de bata, uso de máscara facial, recetas físicas, economía, calidad de atención y uso de equipos de protección personal (EPP).

La información se recolectó a través de un formulario diseñado para el efecto; en dos versiones: una física y otra digital a través de Google Forms, en donde se consignaron los datos generales y de cambios en la práctica clínica generados por la pandemia por COVID-19. Se consideraron como de primera línea a los profesionales que estuvieron involucrados directamente en las actividades clínicas de diagnóstico, tratamiento o cuidado de los pacientes sospechosos o con infección por SARS CoV2 confirmada.

La variable depresión se determinó mediante el cuestionario Patient Health Questionnaire (PHQ-9). La interpretación se realizó de acuerdo a la siguiente escala: sin depresión (0 a 4), depresión leve (5 a 9), depresión moderada (10 a 14) y depresión severa (15 a 21). Ansiedad se estudió mediante el cuestionario Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7), interpretado de la siguiente forma: sin ansiedad (0 a 4), ansiedad leve (5 a 9), ansiedad moderada (10 a 14) y ansiedad severa (15 a 21). Se estableció el estrés a través del cuestionario Perceived Stress Scale 14 (PSS-14), interpretado de acuerdo a la escala: sin estrés (0 a 14), estrés leve (15 a 28), estrés moderado (29 a 42) y estrés severo (43 a 56). La variable insomnio fue valorada mediante el cuestionario Insomnia Severity Index (ISI), interpretado como: sin insomnio (0 a 7), insomnio leve (8 a 14), insomnio moderado (15 a 21) e insomnio severo (22 a 28).

La información fue analizada en el programa estadístico SPSS versión 15, se empleó estadística descriptiva, y para determinar asociación entre impacto psicológico y el resto de variables se calculó Odds Ratio (OR) con el índice de confianza de 95% y para significancia estadística la prueba del chi cuadrado con su valor p menor a 0.05.

RESULTADOS

El 72.2% de participantes fueron mujeres y más del 50% tuvieron edades comprendidas entre 24

y 34 años. El 87.3% de participantes provinieron de áreas urbanas. El 70% de los encuestados trabajaron en hospitalización, 33.3% en emergencia y 11.1% en áreas de consulta externa. La mayor parte, el 92.2% trabajaron en primera línea. Los médicos representaron el 55.6% y un 34.4% indicaron tener estudios de cuarto nivel (postgrado o maestrías) (Tabla N°1).

Tabla N°1

Distribución de profesionales de la salud según variables demográficas

Variablen	n=90	%
Sexo		
Masculino	25	27.8
Femenino	65	72.2
Edad		
25 a 34 años	48	53.3
35 a 44 años	28	31.1
45 a 54 años	11	12.2
55 a 64 años	3	3.3
Residencia		
Urbano	79	87.8
Rural	11	12.2
Profesión		
Médico/a	50	55.6
Enfermero/a	40	44.4
Instrucción		
Tercer nivel	59	65.6
Cuarto nivel	31	34.4
*Área de trabajo		
Hospitalización	63	70.0
Consulta externa	10	11.1
Emergencia	30	33.3
Primera línea	83	92.2

*Los porcentajes suman más de 100% porque los participantes podían elegir más de una opción

Se identificó depresión en el 58.9% de profesionales (IC 95% 48.7-69.1), la misma que fue más frecuente en mujeres con el 71.6% y en los médicos con un 66.1%. La forma leve se encontró en el 73.6% de los casos. La ansiedad se observó en el 62.2% de participantes (IC 95%

52.2-72.2) y más frecuentemente en mujeres (75% vs 25%). Los médicos presentaron ansiedad en un 69.6%. El 55.4% mostraron ansiedad leve y 30.3% moderada. El 82.2% (IC 95% 74.3-90.1), registraron estrés, afectando más a las mujeres con el 75.7%. Fue más común el estrés leve con el 82.4%.

Tuvieron insomnio el 54.4% (IC 95% 44.2-64.7), el 69.4% fueron mujeres, siendo predominante en los médicos con el 59.2%. Según la gravedad, el insomnio leve tuvo mayor prevalencia con el 75.5%, y moderado en el 22.4% (Tabla N°2).

Tabla N°2

Prevalencia de depresión, ansiedad, estrés e insomnio

		n	%
Depresión		53	58.9
Grado	Leve	39	73.6
	Moderado	9	17.0
	Severo	5	9.4
Sexo	Masculino	15	28.3
	Femenino	38	71.7
Profesión	Médicos/as	35	66.0
	Enfermeras	18	34.0
Ansiedad		56	62.2
Grado	Leve	31	55.4
	Moderado	17	30.3
	Severo	8	14.3
Sexo	Masculino	14	25.0
	Femenino	42	75.0
Profesión	Médicos/as	39	69.6
	Enfermeras	17	30.4
Estrés		74	82.2
Grado	Leve	61	82.4
	Moderado	12	16.2
	Severo	1	1.4
Sexo	Masculino	18	24.3
	Femenino	56	75.7
Profesión	Médicos/as	40	54.1
	Enfermeras	34	45.9
Insomnio		49	54.4
Grado	Leve	37	75.5
	Moderado	11	22.4
	Severo	1	2.1
Sexo	Masculino	15	30.6
	Femenino	34	69.4
Profesión	Médicos/as	29	59.2
	Enfermeras	20	40.8

Las modalidades de atención brindada por los profesionales fueron múltiples; todos lo hicieron de manera presencial; además, el 4.4% a través de llamadas telefónicas, el 2.2% mediante videollamadas y el 3.3% por mensajes de texto. Existió un frecuente uso de equipos de protección

personal; el 85.6% utilizaron guantes, el 96.7% mascarillas, el 81.1% batas y el 60% máscara facial durante la atención de pacientes. El 85.6% de los profesionales solicitó a sus pacientes usar EPP. Más de la mitad de los profesionales mantuvieron un distanciamiento con sus pacientes de al menos

2 metros durante la atención y el 31.1% indicaron que saludaron a sus pacientes mediante contacto físico. El 60% de los profesionales usaron recetas físicas para las prescripciones.

A los profesionales de la salud se les consultó acerca de la percepción de la calidad de atención brindada, de los cuales el 66.7% indicaron que

fue buena, el 21.1% regular y el 8.9% la calificó como excelente. El autoaislamiento se observó en el 63.3% de los profesionales. Se reportó afectación de los ingresos económicos en el 66.7% de participantes (Tabla N°3), cabe señalar que los participantes podían elegir más de una opción en las variables.

Tabla N°3

Cambios de actitudes, prácticas y efectos durante la atención brindada en la pandemia de COVID-19

Variables	n	%
Modalidad de atención		
Presencial	90	100
Llamadas telefónicas	4	4.4
Videollamadas	2	2.2
Mensajes de texto	3	3.3
Uso de EPP		
Guantes	77	85.6
Mascarilla (quirúrgica o N95)	87	96.7
Bata	73	81.1
Máscara facial	54	60.0
Uso de EPP por el paciente	77	85.6
Actitudes		
Saludo al paciente, contacto físico	28	31.1
Distanciamiento en el consultorio	46	51.1
Uso de recetas físicas	30	60.0
Calidad de atención		
Mala	3	3.3
Regular	19	21.1
Buena	60	66.7
Excelente	8	8.9
Autoaislamiento	57	63.3
Afectación económica	60	66.7

Se estudiaron los factores asociados a depresión, existió una mayor prevalencia en hombres, representada por el 60%, pero la diferencia no fue significativa estadísticamente. Se estudiaron 55 médicos, de ellos el 70% registraron depresión, y de las 40 enfermeras el 45% tuvieron depresión, esta diferencia resultó estadísticamente significativa (OR 2.8; IC 95% 1.1-6.7 y valor $p < 0.01$). Se evidenció una mayor prevalencia de ansiedad en los médicos con el 78%, en comparación con el

42% de las enfermeras; esta diferencia resultó ser estadísticamente significativa (OR 4.7; IC 95% 1.9-11.9 y valor $p < 0.001$). De los 83 profesionales que atendieron en primera línea, el 57.8% registró insomnio, en comparación del 14.2% que no atendió en primera línea y lo presentó; existió diferencia estadísticamente significativa (OR 8.2; IC 95% 1.1-71.4 y valor $p < 0.05$), por lo que se puede sugerir la relación entre insomnio y atención en la primera línea (Tabla N°4).

Tabla N°4

Factores asociados a las alteraciones psicológicas

Variables	Depresión		OR (IC 95%)	Valor p
	Si n (%)	No n (%)		
Sexo masculino	15 (60.0)	10 (40.0)	1 (0.4-2.7)	0.8
Profesión, médico	35 (70.0)	15 (30.0)	2.8 (1.1-6.7)	0.01
Primera línea	48 (57.8)	35 (42.2)	0.5 (0.1-2.9)	0.4
Aislamiento	37 (64.9)	20 (35.1)	1.9 (0.8-4.7)	0.1
Saludo al paciente	20 (71.4)	8 (28.6)	2.1 (0.8-5.7)	0.1
Distanciamiento	24 (52.2)	22 (47.8)	0.5 (0.2-1.3)	0.1
Afectación económica	33 (55.0)	27 (45.0)	0.6 (0.2-1.5)	0.2
	Ansiedad			
Sexo masculino	14 (56.0)	11 (44.0)	0.6 (0.2-1.7)	0.4
Profesión, médico	39 (78.0)	11 (22.0)	4.7 (1.9-11.9)	0.001
Primera línea	53 (63.9)	30 (36.1)	2.3 (0.4-11.2)	0.2
Aislamiento	39 (68.4)	18 (31.6)	2 (0.8-4.9)	0.1
Saludo al paciente	19 (67.9)	9 (32.1)	1.4 (0.5-3.6)	0.4
Distanciamiento	26 (56.5)	20 (43.5)	0.6 (0.2-1.4)	0.2
Afectación económica	37 (61.7)	23 (38.3)	0.9 (0.3-2.3)	0.8
	Estrés			
Sexo masculino	18 (72.0)	7 (28.0)	0.4 (0.1-1.2)	0.1
Profesión, médico	40 (80.0)	10 (20.0)	0.7 (0.2-2.1)	0.5
Primera línea	68 (81.9)	15 (18.1)	0.7 (0.05-6.7)	0.8
Aislamiento	46 (80.7)	11 (19.3)	0.7 (0.2-2.3)	0.6
Saludo al paciente	24 (85.7)	4 (14.3)	1.4 (0.4-4.9)	0.5
Distanciamiento	36 (78.3)	10 (21.7)	0.5 (0.1-1.7)	0.3
Afectación económica	51 (85.0)	9 (15.0)	1.7 (0.5-5.2)	0.3
	Insomnio			
Sexo masculino	15 (60.0)	10 (40.0)	1.3 (0.5-3.4)	0.5
Profesión, médico	29 (58.0)	21 (42.0)	1.3 (0.5-3.1)	0.4
Primera línea	48 (57.8)	35 (42.2)	8.2 (1.1-71.4)	0.02
Aislamiento	35 (61.4)	22 (38.6)	2.1 (0.9-5.1)	0.08
Saludo al paciente	14 (50.0)	14 (50.0)	0.7 (0.3-1.8)	0.5
Distanciamiento	25 (54.3)	21 (45.7)	0.9 (0.4-2.2)	0.9
Afectación económica	32 (53.3)	28 (46.7)	0.8 (0.3-2.1)	0.7

DISCUSIÓN

Los trabajadores de salud constituyeron un grupo vulnerable para el padecimiento de enfermedades mentales durante la pandemia por COVID-19¹⁶, las que se relacionaron con situaciones inherentes a la atención como el riesgo de contagio, sobrecarga laboral, mortalidad asociada y escasez de equipos de protección personal^{17,18}.

La depresión afectó al personal sanitario durante la pandemia por COVID-19, con una prevalencia variable entre estudios. Lai¹¹ usando el instrumento PHQ-9, la estimaron en 50.4%, similar a esta investigación; aunque, ellos evidenciaron mayor frecuencia en enfermeras al compararlas con personal médico (53.6 vs 45.6%), y establecieron una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.01$)¹¹. Las mujeres presentaron más

depresión, con el 53%, pero no establecieron asociación estadística, lo que concuerda con este estudio. Trabajar en primera línea fue un factor relacionado con depresión; en el estudio chino, se determinó que el 58.4% de trabajadores de primera línea la presentaron, estableciendo relación estadísticamente significativa ($p < 0.001$)¹¹; dicha asociación no se encontró en este estudio, probablemente porque casi la totalidad de profesionales trabajaron en primera línea. Kang y colaboradores¹⁹, evidenciaron una prevalencia del 29.5% de depresión utilizando también el cuestionario PHQ-9; sin que existan diferencias según profesión.

Du y colaboradores²⁰, determinaron ansiedad en el 20.1% de trabajadores de salud. Huang y Zhao²¹, reportaron una prevalencia de 35.1%, mientras que, Lai¹¹ estimó en 44.6%. En este estudio la ansiedad fue más frecuente en mujeres, pero no se estableció asociación significativa, lo que concuerda con las investigaciones de Du²⁰ y Huang²¹, pero difiere del trabajo de Lai¹¹ que reportó más ansiedad en mujeres (47.4% vs 35.5%) y demostró diferencia significativamente estadística ($p = 0.01$). La profesión se asoció con ansiedad; Li²², en su estudio encontró mayor riesgo para las enfermeras, pero difiere de esta investigación (ansiedad se asoció con profesión médica); pudiéndose atribuir a la variabilidad de las muestras. El trabajo en primera línea fue factor de riesgo para ansiedad, aunque en este estudio no se estableció asociación entre ambas variables, Lai¹¹ si estableció relación ($p < 0.001$).

La prevalencia de estrés fue alta, aunque variable. Un estudio realizado en Singapur, determinó que el 6.4% de profesionales presentó estrés como respuesta a la pandemia²³. Du²⁰ encontró una prevalencia de 59%, sin asociación con sexo ni profesión, lo que concuerda con la presente investigación. Un estudio realizado en personal de enfermería chino asoció al estrés con primera línea en comparación con otras áreas (75.5% vs 64%)²⁴. La diferencia entre los estudios y la investigación puede explicarse por los instrumentos utilizados, en esta investigación se usó el PSS-14, con una sensibilidad de 94% para diagnóstico de estrés^{25,26}.

El insomnio fue más frecuente en quienes trabajaron con pacientes infectados²⁷. Zhang²⁸ en su estudio, encontró una prevalencia de 36.1%, y lo asoció con la profesión de enfermería ($p < 0.001$),

además, se relacionó con atención en primera línea (28.4% vs 17.9%). Este hallazgo es similar al encontrado por Lai¹¹, que determinó insomnio en el 34% de participantes y se asoció a primera línea, coincidiendo con esta investigación. Lai¹¹ registró datos similares con respecto a la profesión, las enfermeras fueron más afectadas en comparación con los médicos (38.3% vs 27.4%), se estableció una relación estadísticamente significativa, mientras que en este estudio no existió diferencia en cuanto a profesión. Los estudios de Lai¹¹ y Zhang²⁸, coincidieron en que existió diferencia estadísticamente significativa entre el sexo y el desarrollo de insomnio, sin embargo en el presente no hubo diferencia. Hay que recalcar que, todos los estudios comparados, el instrumento de evaluación fue ISI.

En la pandemia se extendió el uso de EPP como mascarillas, máscaras faciales, batas y guantes en los centros de atención^{29,30}; esto tuvo impacto en la salud del personal, así lo demostró Galani³¹ encontró una prevalencia de 78% de eventos adversos relacionados con el uso de EPP durante la atención de pacientes con COVID-19. Estos eventos incrementaron el riesgo de fatiga, que se asocia con el desarrollo de enfermedades psicológicas. El distanciamiento durante la atención, en combinación con el uso de EPP, redujeron entre el 12% a 62% el riesgo de contagios según indicaron Talic y colaboradores³². De Kock³³ afirma que el distanciamiento social y los cambios en la modalidad de atención a pacientes, incrementaron el riesgo de requerir intervención psicológica por estrés, ansiedad y depresión entre un 8% a 50.4%.

El impacto económico de la pandemia afectó la salud psicológica de gran parte de la población³⁴. Liu³⁵ evidenció que la falta de solvencia incrementó el riesgo de padecer depresión y ansiedad en un 26% y 40% respectivamente, aunque, en este estudio la afectación económica no se estableció como factor de riesgo para desarrollo de depresión, ansiedad, estrés ni insomnio.

CONCLUSIONES

La pandemia por COVID-19 produjo un importante impacto psicológico en los trabajadores de la salud de los hospitales de Cuenca; la depresión y ansiedad se asociaron con la profesión médica, mientras que, insomnio se relacionó a trabajar en primera línea. La práctica clínica presentó cambios

que consistieron en el distanciamiento durante la atención y el uso de EPP por los profesionales y pacientes.

A pesar de la limitación del estudio en cuanto a la imposibilidad de extender la realización a más centros de atención médica del medio local, los datos obtenidos permiten estimar el impacto psicológico de los profesionales; así, se podrán implementar estrategias de manejo, seguimiento y prevención de enfermedades psicológicas/psiquiátricas, con el objetivo de mejorar las condiciones de trabajo, salvaguardar el bienestar colectivo y la calidad de atención.

ASPECTOS BIOÉTICOS

El estudio se realizó de acuerdo a lo indicado en la declaración del Helsinki; los participantes han sido incluidos luego de haber leído y aceptado el consentimiento informado. La información obtenida fue manejada con privacidad y se usó con fines exclusivamente investigativos. Este trabajo fue aprobado previamente por el Comité de Bioética en Investigación del Área de Salud de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca (COBIAS-UCuenca) con el código 2020-234 EO-PT-MI y autorizado por el departamento de docencia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga y Municipal de Cuenca.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Ordóñez Chacha Pablo Roberto. Médico. Posgradista de Medicina Interna de la Universidad de Cuenca. Cuenca-Azuay-Ecuador.
e-mail: pabloevvroberto@hotmail.com.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0247-0028>.
- Molina Matute Marcos Fernando. Médico. Especialista en Medicina Infectología. Hospital José Carrasco Arteaga. Medicina Interna.
e-mail: mmolinamatute83@gmail.com.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1390-4650>.
- Encalada Torres Lorena Esperanza. Doctora en Medicina y Cirugía. Magíster en Investigación de la Salud. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina. Cuenca-Azuay-Ecuador.
e-mail: lorena.encalada@ucuenca.edu.ec.
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7864-563X>.

- Guevara Pacheco Sergio Vicente. Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Reumatología. Magíster en Investigación de la Salud y Enfermedades Autoinmunes. Doctor en Medicina e investigación traslacional. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina. Cuenca-Azuay-Ecuador.
e-mail: sergio.guevaras@ucuenca.edu.ec.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5798-6200>

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

PO-CH y MM_M: concepción del estudio, diseño metodológico, recolección de datos y redacción del manuscrito.

LE-T y SG-P: revisión del manuscrito y modificaciones hasta la aprobación de la versión final.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Autofinanciado

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sharma A, Ahmad Farouk I, Lal S. COVID-19: A Review on the Novel Coronavirus Disease Evolution, Transmission, Detection, Control and Prevention. *Viruses*. 2021;13(2):202. doi: 10.3390/v13020202
2. Khan M, Adil S, Alkhathlan H, Tahir M, Saif S, Khan M, et al. COVID-19: A Global Challenge with Old History, *Epidemiology and Progress So Far*. *Mol Basel Switz*. 2020;26(1):E39. doi: 10.3390/molecules26010039
3. Koelle K, Martin M, Antia R, Lopman B, Dean N. The changing epidemiology of SARS-CoV-2. *Science*. 2022;375(6585):1116-21. doi: 10.1126/ciencia.abm4915
4. Liu Y, Gayle A, Wilder-Smith A, Rocklöv J. The reproductive number of COVID-19 is higher compared to SARS coronavirus. *J Travel Med*. 2020;27(2):taaa021. doi: 10.1093/jtm/taaa021

5. O'Driscoll M, Ribeiro dos Santos G, Wang L, Cummings D, Azman A, Paireau J, et al. Age-specific mortality and immunity patterns of SARS-CoV-2. *Nature*. 2020;590(7844):140-5. doi: 10.1038/s41586-020-2918-0
6. Long M, Aye Y. Science's Response to CoVID-19. *ChemMedChem*. 2021;16(15):2288-314. doi: 10.1002/cmdc.202100079
7. Sotoodeh Ghorbani S, Taherpour N, Bayat S, Ghajari H, Mohseni P, Hashemi Nazari S. Epidemiologic characteristics of cases with reinfection, recurrence, and hospital readmission due to COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *J Med Virol*. 2022;94(1):44-53. doi: 10.1002/jmv.27281
8. Zhang Y, Ma Z. Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7):2381. doi: 10.3390/ijerph17072381
9. Zhong B, Luo W, Li H, Zhang Q, Liu X, Li W, et al. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. *Int J Biol Sci*. 2020;16(10):1745-52. doi: 10.7150/ijbs.45221
10. Labrague L. Psychological resilience, coping behaviours and social support among health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review of quantitative studies. *J Nurs Manag*. 2021;29(7):1893-905. doi: 10.1111/jonm.13336
11. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020;3(3):e203976. doi: 10.1001/jamannetworkopen.2020.3976
12. Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):e15-6. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30078-X
13. Chew N, Lee G, Tan B, Jing M, Goh Y, Ngiam N, et al. A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain Behav Immun*. 2020;88:559-65. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.049
14. Thornton J. Covid-19: how coronavirus will change the face of general practice forever. *BMJ*. 2020;368:m1279. doi: 10.1136/bmj.m1279
15. Gómez-Durán E, Fumadó C, Gassó A, Díaz S, Miranda-Mendizabal A, Forero C, et al. COVID-19 Pandemic Psychological Impact and Volunteering Experience Perceptions of Medical Students after 2 Years. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(12):7532. doi: 10.3390/ijerph19127532
16. Leira-Sanmartín M, Madoz-Gúrpide A, Ochoa-Mangado E, Ibáñez Á. Psychological Impact of COVID-19 Pandemic and Related Variables: A Cross-Sectional Study in a Sample of Workers in a Spanish Tertiary Hospital. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(7):3608. doi: 10.3390/ijerph18073608
17. Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among HealthCareProfessionalsDuringtheCOVID-19 Pandemic. *JAMA*. 2020;323(21):2133-4. doi: 10.1001/jama.2020.5893
18. Zhang W, Wang K, Yin L, Zhao W, Xue Q, Peng M, et al. Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychother Psychosom*. 2020;89(4):242-50. doi: 10.1159/000507639
19. 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
20. Du J, Dong L, Wang T, Yuan C, Fu R, Zhang L, et al. Psychological symptoms among frontline healthcare workers during COVID-19 outbreak in Wuhan. *Gen Hosp*

- Psychiatry. 2020;67:144-5. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2020.03.011
21. 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. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112954
 22. Li J, Su Q, Li X, Peng Y, Liu Y. COVID-19 negatively impacts on psychological and somatic status in frontline nurses. *J Affect Disord.* 2021;294:279-85. doi: 10.1016/j.jad.2021.07.031
 23. Tan B, Chew N, Lee G, Jing M, Goh Y, Yeo L, et al. Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers in Singapore. *Ann Intern Med.* 2020;173(4):317-320. doi:10.7326/M20-1083
 24. 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
 25. Remor E. Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Span J Psychol.* 2006;9(1):86-93. doi: 10.1017/s1138741600006004
 26. Ramírez M, Hernández R. Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *Span J Psychol.* 2007;10(1):199-206. doi: 10.1017/s1138741600006466
 27. Li Y, Qin Q, Sun Q, Sanford L, Vgontzas Alexandros N, Tang X. Insomnia and psychological reactions during the COVID-19 outbreak in China. *J Clin Sleep Med.* 2020;16(8):1417-18. doi: 10.5664/jcsm.8524
 28. Zhang C, Yang L, Liu S, Ma S, Wang Y, Cai Z, et al. Survey of Insomnia and Related Social Psychological Factors Among Medical Staff Involved in the 2019 Novel Coronavirus Disease Outbreak. *Front Psychiatry.* 2020;11:306. doi:10.3389/fpsy.2020.00306
 29. Verbeek J, Ijaz S, Mischke C, Ruotsalainen J, Mäkelä E, Neuvonen K, et al. Personal protective equipment for preventing highly infectious diseases due to exposure to contaminated body fluids in healthcare staff. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;4:CD011621. doi: 10.1002/14651858.CD011621.pub2
 30. Klompas M, Morris C, Sinclair J, Pearson M, Shenoy E. Universal Masking in Hospitals in the Covid-19 Era. *N Engl J Med.* 2020;382(21):e63. doi: 10.1056/NEJMp2006372
 31. Galanis P, Vraka I, Fragkou D, Bilali A, Kaitelidou D. Impact of personal protective equipment use on health care workers' physical health during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Am J Infect Control.* 2021;49(10):1305-15. doi: 10.1016/j.ajic.2021.04.084
 32. Talic S, Shah S, Wild H, Gasevic D, Maharaj A, Ademi Z, et al. Effectiveness of public health measures in reducing the incidence of covid-19, SARS-CoV-2 transmission, and covid-19 mortality: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2021;375:e068302. doi: 10.1136/bmj-2021-068302
 33. De Kock J, Latham H, Leslie S, Grindle M, Munoz S, Ellis L, et al. A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: implications for supporting psychological well-being. *BMC Public Health.* 2021;21(1):104. doi: 10.1186/s12889-020-10070-3.
 34. Chag J, Chaudhury S, Saldanha D. Economic and psychological impact of COVID-19 lockdown: Strategies to combat the crisis. *Ind Psychiatry J.* 2020;29(2):362-8. doi: 10.4103/ipj.ipj_120_20
 35. Liu S, Haucke M, Heinzl S, Heinz A. Long-Term Impact of Economic Downturn and Loneliness on Psychological Distress: Triple Crises of COVID-19 Pandemic. *J Clin Med.* 2021;10(19):4596. doi: 10.3390/jcm10194596