

**Diferencias en la salud mental del personal sanitario de Bogotá y Cundinamarca en función
de los estilos de vida**

Angie Natali Cuesta Pulido y Luisa Dayana Ramírez Mapura

Programa de Psicología, Corporación Universitaria Minuto de Dios

Proyecto de investigación como opción de grado

Tutora: Angélica Julieth Guillen Puerto

Lectora: Alba Paola Pedraza Cardozo

Semillero: Estudios en psicología y salud

05 de junio de 2024

Resumen

Introducción: El personal sanitario se considera una población vulnerable para el desarrollo de problemas de salud mental debido a que se enfrentan con el sufrimiento humano constantemente. Los estilos de vida pueden actuar como factores protectores y de riesgo para desarrollar sintomatología en estrés, ansiedad y depresión. Método: Se utilizó un diseño cuantitativo no experimental, de corte transversal con alcance descriptivo correlacional, con una muestra de 534 participantes del personal sanitario de Bogotá y Cundinamarca. Se aplicó la Escala DASS-21 para medir sintomatología de ansiedad, depresión y estrés y una encuesta sociodemográfica para evaluar estilos de vida. Se emplearon los estadísticos U Mann Whitney, ANOVA y coeficiente de correlación de Spearman para determinar las diferencias en la salud mental en función de los estilos de vida, estableciendo una significancia $p < 0.05$. Resultados: Se encontró que la puntuación media de ansiedad, depresión y estrés es más alta en el personal sanitario que consume alcohol, tabaco, bebidas energizantes, SPA, medicamentos, duermen menos horas y son inactivos físicamente. Discusión/conclusión: Investigaciones anteriores corresponden con los resultados obtenidos, encontrando una asociación entre el consumo de alcohol, tabaco, bebidas energizantes, SPA, medicamentos, cantidad de horas de sueño y práctica de actividad física, y la sintomatología de estrés, ansiedad y depresión en el personal sanitario, por lo que se concluye que existen diferencias significativas en la salud mental de esta población en función de los estilos de vida. Se sugiere establecer estrategias de promoción y prevención entorno a los estilos de vida en el contexto sanitario.

Abstract

Introduction: Health personnel are considered a vulnerable population for the development of mental health problems because they are constantly confronted with human suffering. Lifestyles

can act as protective and risk factors for developing symptoms of stress, anxiety and depression. Method: A non-experimental quantitative design, cross-sectional with descriptive correlational scope, with a sample of 534 participants of health personnel from Bogota and Cundinamarca. The DASS-21 scale was used to measure anxiety, depression and stress symptomatology and a sociodemographic survey was used to evaluate lifestyles. The U Mann Whitney, ANOVA and Spearman's rank correlation coefficient were used to determine the differences in mental health according to lifestyles, establishing a significance $p < 0.05$. Results: Was found that the mean score of anxiety, depression and stress is higher in health personnel who consume alcohol, tobacco, energy drinks, psychoactive substances, medications, sleep less hours and are physically inactive. Discussion/conclusion: Previous research corresponds with the results obtained, finding an association between the consumption of alcohol, tobacco, energy drinks, psychoactive substances, medications, number of hours of sleep and physical activity, and the symptoms of stress, anxiety and depression in health personnel, and thus concluding that there are significant differences in the mental health of this population according to lifestyles. It is suggested to establish promotion and prevention strategies around lifestyles in the health context.

Palabras clave: Personal sanitario, salud mental, estilos de vida.

Introducción

La salud mental se concibe como un estado de bienestar emocional, acompañado de la percepción de una calidad de vida satisfactoria que permitan gozar de los aspectos positivos de la vida y afrontar aquellos que se perciben como desafiantes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015; Organización Mundial de la Salud, 2022). Sin embargo, cuando se presentan alteraciones en estos elementos pueden causar una sensación de malestar o inconformidad,

afectando su capacidad de resiliencia ante los problemas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014; Wren-Lewis & Alexandrova, 2021).

Por otro lado, los estilos de vida se entienden como aquellas conductas que un individuo elige hacer libremente, haciendo referencia también a las acciones que pueden representar un riesgo para la salud (Oblitas-Guadalupe, 2010). Este concepto abarca también el contexto social, ya que los estilos de vida suelen ser compartidos por los individuos que hacen parte de una misma comunidad, donde se practican las mismas normas, valores, actitudes, hábitos y comportamientos (Mogollón et al., 2020).

Entre los estilos de vida se han identificado factores protectores de la salud mental, como la actividad física realizada en un promedio de 150 minutos semanales y una adecuada higiene del sueño, que disminuyen los niveles de estrés, ansiedad y depresión, aumentan la autoestima y mejoran las relaciones interpersonales y el bienestar mental (Meredith et al., 2022; Vancampfort & Mugisha, 2022). Por el contrario, se ha identificado que el sedentarismo, el consumo excesivo de alcohol, tabaco, cafeína y sustancias psicoactivas actúan como un factor de riesgo para presentar sintomatología de estrés, ansiedad y depresión (Balley et al., 2023; Laje-Olvera et al., 2022; World Health Organization, 2022).

Diversos estudios han encontrado que puede existir relación entre la presencia de problemas de salud mental y los estilos de vida poco saludables. En un estudio realizado por Balley et al. (2023), con personal sanitario de un centro médico de Estados Unidos, los participantes informaron tener una salud física regular o mala e informaron tener síntomas de ansiedad y depresión. Vancampfort & Mugisha (2022) encontraron, en las enfermeras de salud mental de Uganda, una prevalencia de afectaciones psicológicas del 93% después de la pandemia, informado tener una mala calidad del sueño y consumir niveles nocivos de alcohol. El

estudio además demostró que la actividad física puede mejorar la salud mental, el bienestar y reducir la depresión y la ansiedad, al igual que el consumo de alcohol puede estar relacionado con problemas de salud mental. Leon-Reyna et al. (2021), encontraron que en Perú el personal sanitario que tenían estilos de vida poco saludables presentaron un nivel medio de estrés. Una revisión sistemática realizada por Laje-Olvera et al. (2022), encontró que, en las investigaciones nacionales e internacionales, el estrés, la ansiedad y la depresión son afectaciones psicológicas que están presentes en el personal de enfermería, contrastando con el bajo porcentaje de la práctica de estilos de vida saludables. En cuanto a las diferencias por sexo, Bouaddi et al. (2023), registraron mayor prevalencia de síntomas de estrés, ansiedad y depresión en el personal sanitario de sexo femenino, sin embargo, como menciona Colorado-Julca y Gómez-Palacios (2017), los hombres parecen ser más propensos a tener estilos de vida poco saludables.

El personal sanitario se considera una población vulnerable para el desarrollo de problemas de salud mental, ya que en su labor cotidiana se enfrentan a desafíos emocionales intensos como el sufrimiento humano y los sentimientos negativos de los pacientes (Jiménez-Picón et al., 2021). De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2022), el personal sanitario de América Latina presenta una alta prevalencia de problemas de salud mental, aún más después de la pandemia por COVID-19, registrándose un aumento de síntomas de estrés, ansiedad y depresión, al igual que de pensamientos suicidas con un aumento de entre 5% y 15%. Así mismo, en una revisión sistemática sobre el riesgo de suicidio en personal sanitario realizada por Dutheil et al. (2019), se encontró una prevalencia significativa de intentos de suicidio en médicos y enfermeras, evidenciando mayor riesgo en las mujeres.

Teniendo en cuenta la Misión y Visión de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, la presente investigación busca aportar a la planeación y diseño de estrategias de psicoeducación,

promoción y prevención en torno a los estilos de vida y su implicación en la salud mental, para responder a las necesidades y características específicas de los contextos hospitalarios en Bogotá y Cundinamarca, con la finalidad de promover la transformación social y mejorar la calidad de vida del personal sanitario.

Por lo tanto, el objetivo general de la investigación es: Determinar las diferencias en la salud mental del personal sanitario de Bogotá y Cundinamarca en función de los estilos de vida que realizan, teniendo como objetivos específicos: 1) analizar la prevalencia de la salud mental y los estilos de vida que tiene el personal sanitario, 2) determinar las diferencias que se presentan en la salud mental de acuerdo con variables sociodemográficas, 3) identificar las diferencias en salud mental de acuerdo con el consumo de sustancias psicoactivas, 4) establecer las diferencias en salud mental en función de la práctica de actividad física, 5) analizar las diferencias en salud mental de acuerdo con las horas de sueño.

Los resultados que se esperan encontrar es que existe sintomatología de ansiedad, depresión, estrés y baja prevalencia de estilos de vida saludable en el personal sanitario de Bogotá y Cundinamarca. De igual forma, se espera encontrar que aquellos participantes que son más jóvenes, que son de sexo femenino, que tienen un menor nivel educativo, que son sedentarios y que consumen sustancias psicoactivas tienen mayor sintomatología de estrés, ansiedad y depresión. Así mismo, se espera que aquellos que realizar actividad física frecuente y que tienen una adecuada higiene del sueño presentan una mejor salud mental.

Método

En el presente estudio se utilizó un diseño cuantitativo no experimental, de corte transversal con alcance descriptivo correlacional. Para seleccionar la muestra se utilizó un tipo de muestreo estratificado proporcional que corresponde con la población de Bogotá y

Cundinamarca reportada en el sistema RETHUS en el periodo de 2020 a 2021, estableciendo 4 estratos categorizados en: personal de enfermería, médicos, terapeutas y personal de rehabilitación, y psicólogos, siendo en total 534 sujetos.

Como criterios de inclusión de la muestra, se tuvo en cuenta el personal sanitario que era mayor de 18 años, que trabajaban en áreas de atención en cuidados paliativos, crónicos, intensivos, psiquiátricos, urgencias, atención a COVID, geriátricos y de acompañamiento psicológico, con experiencia laboral de más de 6 meses, que trabajaban en la ciudad de Bogotá o en el departamento de Cundinamarca y que estuvieran laboralmente activos en el momento de la toma de datos. Por otro lado, se excluyeron aquellos participantes que tenían algún tipo de diagnóstico psiquiátrico o que trabajaban en el área administrativa.

En cuanto a las variables de la investigación, se analizaron aspectos sociodemográficos, los estilos de vida (actividad física, consumo de sustancias psicoactivas y horas de sueño) y la salud mental (síntomatología de estrés, ansiedad y depresión). Para la recolección de la información se utilizaron como instrumentos una encuesta sociodemográfica, con la cual se tuvieron en cuenta aspectos como edad, sexo, nivel educativo y los estilos de vida; y la escala DASS-21, validada en población colombiana por Ruiz et al. (2017), compuesta por 3 subescalas que miden la sintomatología de depresión, ansiedad y estrés, por medio de 21 ítems tipo Likert de 0 a 3, donde 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. Esta escala cuenta con un nivel alto de confiabilidad con valores alfa de 0,92 a 0,95, obteniendo en las subescalas valores alfa de 0,86 a 0,92 para Depresión, 0,80 a 0,87 para Ansiedad y 0,80 a 0,86 para Estrés.

El cálculo de la muestra se realizó con un 95% de confianza y un error estimado del 5%, determinando un tamaño mínimo muestral de 384 sujetos, con base en la población global registrada en el sistema RETHUS, realizando una estimación de la proporción de hombres y mujeres en cada uno de los 4 estratos establecidos.

Los análisis estadísticos se realizaron por medio del programa R, versión 4.3.3 (R Core Team, 2024). Para los resultados descriptivos se realizaron análisis descriptivos de las variables cuantitativas que fueron expresadas en media y desviación estándar, al igual que para las variables cualitativas que fueron expresadas en frecuencia y porcentaje. Se estableció la normalidad de las variables por medio del Test de normalidad Lilliefors (Kolmogorov-Smirnov), encontrándolas como no normales con un $p < 0,05$, por lo tanto, se utilizó el estadístico U de Mann Whitney-Wilcoxon para dos muestras con el fin de establecer las diferencias entre el sexo, la actividad física y el consumo de sustancias psicoactivas como variables independientes de dos categorías, y la sintomatología de estrés, ansiedad y depresión como variable dependiente. Se utilizó ANOVA de un factor para establecer diferencias entre el nivel educativo, nivel socioeconómico y la profesión como variables independientes de más de dos categorías, y la sintomatología de estrés, ansiedad y depresión como variable dependiente, comprobando la igualdad de las varianzas por medio del test de Levene para determinar la aplicación de Welch F-test. También fue utilizado el estadístico Tukey para hacer el análisis Post-Hoc, el cual permitió hacer la comparación dos a dos de las medias cuando se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Se hizo uso del Coeficiente de correlación de Spearman (debido a la no normalidad de las variables) para establecer la asociación entre las horas de sueño y la edad como variables independientes, y la sintomatología de estrés, ansiedad y depresión como

variable dependiente. Se estableció un nivel de confianza del 95% y una significancia estadística de $p < 0,05$ para todos los estadísticos.

Como consideraciones éticas se tuvo en cuenta lo mencionado en el Código Deontológico de Psicólogos (2006) acerca de la investigación con seres humanos. Así mismo, se hizo entrega del consentimiento informado a cada uno de los participantes al inicio del estudio, en el cual se especificó el objetivo, riesgos, beneficios, el manejo de los datos, la confidencialidad y la participación voluntaria, dejando constancia de que pueden retirarse del estudio en caso de que ya no desean participar.

Igualmente, de acuerdo con la resolución 8430 del Ministerio de Salud (1993), se determinó que el riesgo inherente a la investigación es mínimo, debido a que los instrumentos aplicados no son de diagnóstico clínico. Y se cuenta con el aval del comité de ética solicitado a UNIMINUTO, el cual permite el cumplimiento de los principios éticos que deben regir una investigación.

Resultados

Tabla 1

Resultados descriptivos de las variables

Variable	Media (n)	Desviación estándar (%)
Sexo		
Mujer	422	79,03%
Hombre	112	20,97%
Nivel socioeconómico		
Bajo	217	41,41%
Medio	290	55,34%
Alto	17	3,24%
Nivel educativo		
Bachillerato	15	2,81%
Técnico o tecnólogo	222	41,57%

Profesional	189	35,39%
Posgrado	106	19,85%
Profesión		
Enfermeros	236	44,53%
Médicos	61	11,51%
Psicólogos	53	10,00%
Terapeutas	109	20,57%
Otros cuidados	71	13,40%
Edad	31,96	9,55
Consumo de alcohol		
Si	437	81,99%
No	96	18,01%
Consumo de tabaco		
Si	109	20,45%
No	424	79,55%
Consumo de café		
Si	470	88,18%
No	63	11,82%
Consumo de bebidas energizantes		
Si	173	32,40%
No	361	67,60%
Consumo de medicamentos		
Si	122	22,89%
No	411	77,11%
Consumo de SPA		
Si	19	3,56%
No	514	96,44%
Actividad física		
Si	227	42,59%
No	306	57,41%
Horas de sueño	6,32	1,40
Ansiedad	4,32	4,23

Depresión	4,43	4,50
Estrés	6,92	4,74

Nota. Las variables cuantitativas se expresaron en media y desviación estándar, mientras que las variables cualitativas se expresaron en frecuencia y porcentaje.

En la **Tabla 1** se muestran las características sociodemográficas y la prevalencia de las variables de estudio. Se identificó que la edad promedio de los 534 participantes fue de 31,96 años. La mayoría pertenecían al sexo femenino con un 79,30% y a un nivel socioeconómico medio con un 55,34%. Con relación al nivel educativo, el 41,57% de los participantes contaban con un título de técnico o tecnólogo, seguido de aquellos que tenían un título profesional en un 35,39%. En la variable de profesión la mayoría de los participantes fueron enfermeros con un 44,53%, seguido de los terapeutas con un 20,57%.

En cuanto a los estilos de vida, la mayoría de los participantes afirmaron consumir alcohol (81,99%), café (88,18%), no consumir tabaco (79,55%), bebidas energizantes (67,60), medicamentos (77,11%), SPA (96,44%) y no practicar actividad física (57,41%). Con respecto a las horas de sueño, el promedio fue de aproximadamente 6,32 horas. Y respecto a la variable de salud mental, los participantes presentaron en un promedio de 4,32 puntos sintomatología de ansiedad, 4,43 de depresión y 6,92 de estrés.

Tabla 2

Diferencias en la sintomatología de estrés en función de los estilos de vida y el sexo

Variable	Categorías	Rango promedio	U de Mann Whitney	p-valor
Sexo	Mujer	280,42	21780	0,201
	Hombre	254,78		
Actividad física	Si	239,98	27471	p<0,001

	No	299,66		
Consumo de alcohol	Si	284,32	16464	p<0,001
	No	229,41		
Consumo de café	Si	271,15	19285	0,212
	No	299,84		
Consumo de bebidas energizantes	Si	320,76	23361	p<0,001
	No	252,31		
Consumo de medicamentos no formulados	Si	325,17	18873	p<0,001
	No	259,84		
Consumo de SPA	Si	357,58	3429	0,027
	No	271,35		
Consumo de tabaco	Si	302,67	20322	0,051
	No	266,77		

Nota. De acuerdo con la prueba de normalidad se utilizó el estadístico U de Mann Whitney con un nivel de significancia de $p<0,05$.

Como se muestra en **Tabla 2**, se encontraron diferencias significativas en la sintomatología de estrés en función del consumo de bebidas energizantes, medicamentos no formulados, consumo de SPA, de alcohol, de tabaco y la práctica de actividad física, siendo más alta la sintomatología en los participantes que consumen estas sustancias psicoactivas y que son inactivos físicamente.

Tabla 3

Diferencias en la sintomatología de ansiedad en función de los estilos de vida y el sexo

Variable	Categorías	Rango promedio	U de Mann Whitney	p-valor
Sexo	Mujer	280,18	21562	0,151
	Hombre	255,65		

Actividad física	Si	240,91	27269	p<0,001
	No	298,98		
Consumo de alcohol	Si	277,51	19428	0,254
	No	260,68		
Consumo de café	Si	271,83	15970	0,307
	No	294,73		
Consumo de bebidas energizantes	Si	316,10	24168	p<0,001
	No	254,62		
Consumo de medicamentos no formulados	Si	309,68	20357	p<0,001
	No	264,32		
Consumo de SPA	Si	311,00	4283.5	0,360
	No	273,12		
Consumo de tabaco	Si	299,19	20635	0,082
	No	267,72		

Nota: De acuerdo con la prueba de normalidad se utilizó el estadístico U de Mann Whitney con un nivel de significancia de $p<0,05$.

En cuanto a la sintomatología de ansiedad, como se muestra en **Tabla 3**, se encontraron diferencias significativas en función de consumo de bebidas energizantes, medicamentos no formulados y la práctica de actividad física, siendo más alta la sintomatología en los participantes que consumen estas sustancias y en los que no practican actividad física.

Tabla 4

Diferencias en la sintomatología de depresión en función de los estilos de vida y el sexo

Variable	Categorías	Rango promedio	U de Mann Whitney	p-valor
Sexo	Mujer	278,21	22492	0,429

	Hombre	263,00		
Actividad física	Si	248,54	29291	0,001
	No	293,42		
Consumo de alcohol	Si	277,83	19285	0,212
	No	259,20		
Consumo de café	Si	271,47	16198	0,222
	No	297,43		
Consumo de bebidas energizantes	Si	307,30	25780	0,001
	No	258,98		
Consumo de medicamentos no formulados	Si	308,03	20724	0,003
	No	274,80		
Consumo de SPA	Si	350,98	3393.5	0,023
	No	271,60		
Consumo de tabaco	Si	294,42	21344	0,215
	No	269,03		

Nota: De acuerdo con la prueba de normalidad se utilizó el estadístico U de Mann Whitney con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Como se observa en la **Tabla 4**, con respecto a la sintomatología de depresión, se encontraron diferencias significativas en función del consumo de bebidas energizantes, medicamentos no formulados, consumo de SPA y la práctica de actividad física, evidenciando mayor sintomatología en los participantes que sí consumen estas sustancias y que son inactivos físicamente.

Tabla 5

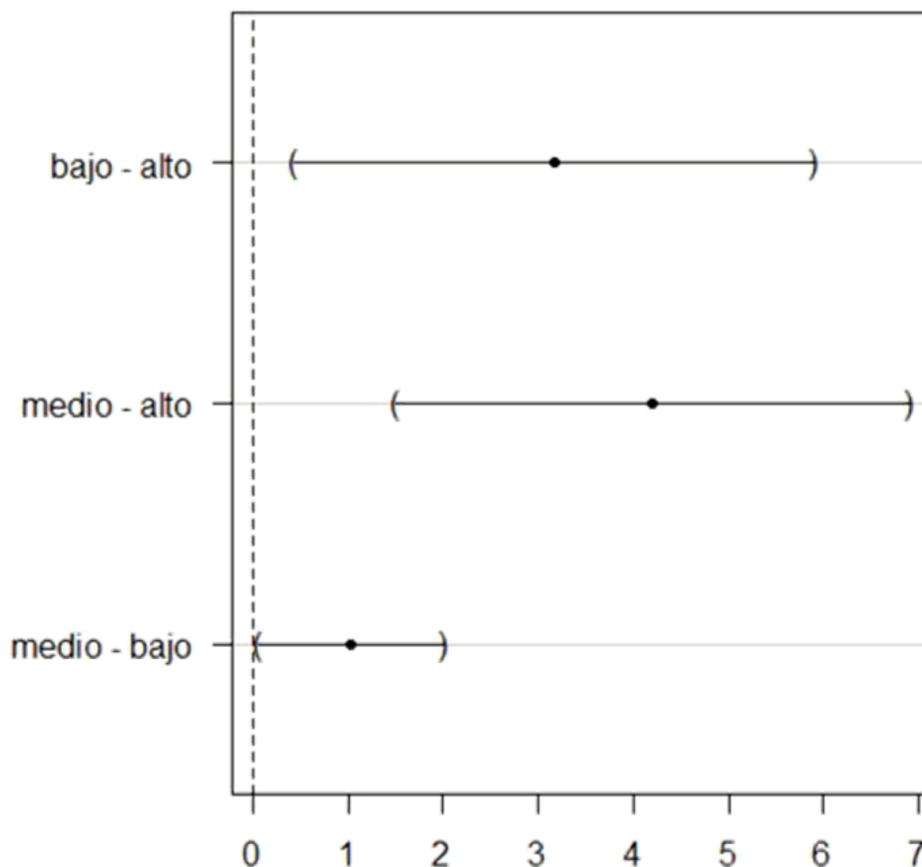
Diferencias en la sintomatología de estrés en función de los datos sociodemográficos

Variable	Categorías	N	Media	sd	gl	Sum cuadr ados	Media cuadráti ca	F	Pr(>F)
Nivel socioeco nómico	Bajo	217	6,495	4,566	2	365	182,32	8,266	p<0,00
	Medio	290	7,496	4,855					
	Alto	17	3,294	3,312					
Nivel educativo	Bachillerato	15	5,466	4,206	4	114	28,62	1,275	0,279
	Técnico/ tecnólogo	22	6,576	4,735					
	Profesional	189	7,253	4,581					
	Posgrado	106	7,226	5,086					
Profesión	Enfermera	236	6,627	4,640	4	184	46,03	2,081	0,082
	Médico	61	6,327	5,085					
	Psicólogo	53	6,301	4,521					
	Terapeuta	109	7,449	4,631					
	Otro cuidado	71	8,056	4,807					

Nota: Se tuvo en cuenta un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Figura 1

Análisis Post-Hoc entre las variables de estrés y nivel socioeconómico



Como se puede apreciar en la **Tabla 5** y la **Figura 1**, se encontraron diferencias significativas en la sintomatología de estrés entre los participantes que pertenecían a un nivel socioeconómico bajo y los que pertenecían a un nivel socioeconómico alto, entre aquellos que eran de un nivel socioeconómico medio y los que eran de un nivel socioeconómico alto, al igual que entre los que pertenecían a un nivel socioeconómico medio y los que pertenecían a un nivel socioeconómico bajo, identificándose mayor sintomatología en aquellos que pertenecían a un nivel socioeconómico medio y bajo.

Tabla 6

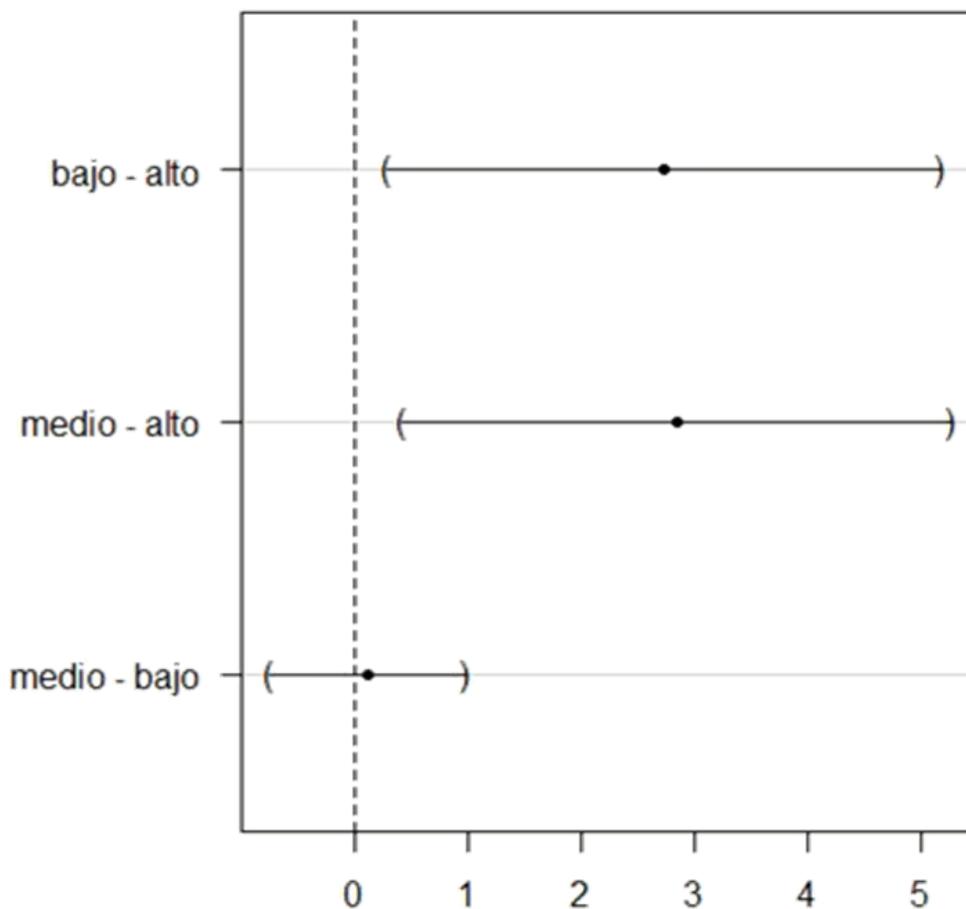
Diferencias en la sintomatología de ansiedad en función de los datos sociodemográficos

Variable	Categorías	N	Media	sd	gl	Sum cuadr ados	Media cuadráti ca	F	Pr(>F)
Nivel socioecon ómico	Bajo	217	4,322	4,213	2	131	65,32	3,679	0,025
	Medio	290	4,437	4,302					
	Alto	17	1,588	2,001					
Nivel educativo	Bachillerato	15	3,600	3,581	4	110	27,43	1,533	0,191
	Técnico/ tecnólogo	222	4,630	4,348					
	Profesional	189	4,370	4,317					
	Posgrado	106	3,613	3,902					
Profesión	Enfermera	236	4,436	4,065	4	362	90,54	5,31	p<0,00
	Médico	61	3,245	4,105					
	Psicólogo	53	2,792	2,467					
	Terapeuta	109	4,321	4,287					
	Otro cuidado	71	5,845	5,004					

Nota: Se tuvo en cuenta un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Figura 2

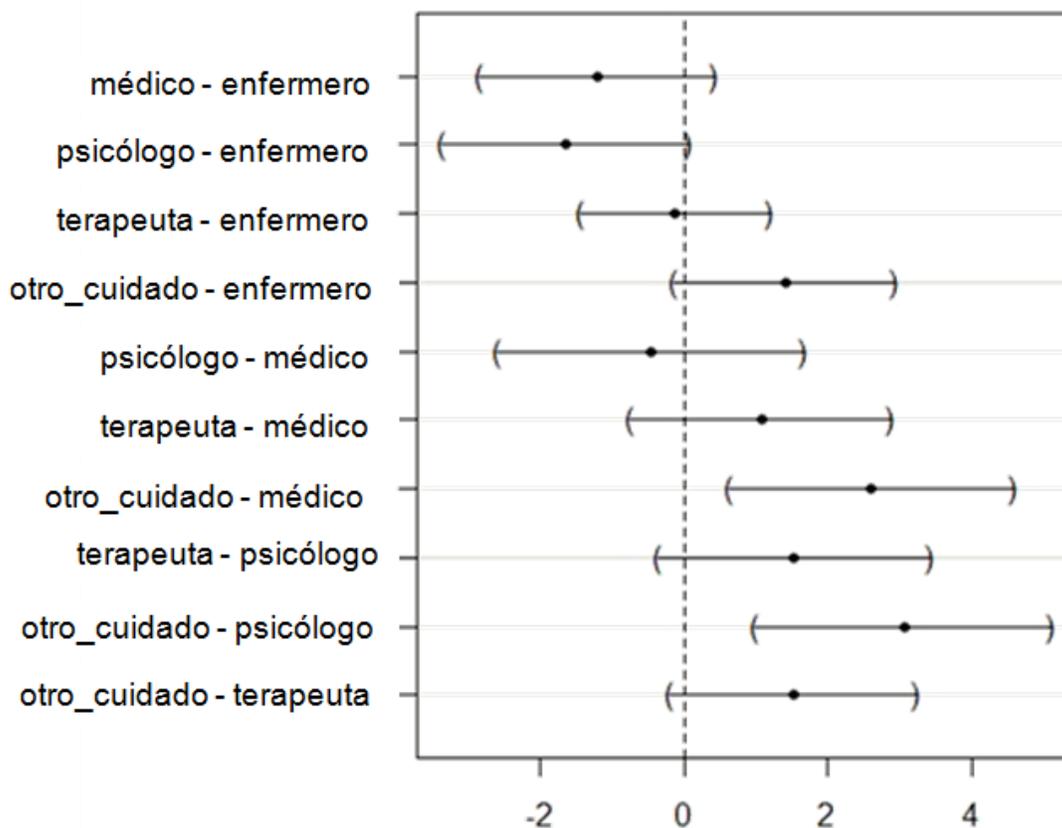
Análisis Post-Hoc entre las variables de ansiedad y nivel socioeconómico



Como se observa en la **Tabla 6**, también se encontraron diferencias significativas en la sintomatología de ansiedad en función del nivel socioeconómico, específicamente entre aquellos que pertenecían a un nivel socioeconómico bajo y los que pertenecían a un nivel socioeconómico alto, y entre los que eran de un nivel socioeconómico medio y los que eran de un nivel socioeconómico alto (como muestra la **Figura 2**), observando que aquellos que pertenecían a un nivel socioeconómico medio y bajo presentaban mayor sintomatología.

Figura 3

Análisis Post-Hoc entre las variables de ansiedad y profesión



En cuanto a la variable profesión, como se observa en la **Figura 3**, se encontraron diferencias significativas en la sintomatología de ansiedad entre los participantes que eran trabajadores de otros cuidados (estudiantes y cuidadores auxiliares) y que eran médicos, y entre aquellos que trabajaban en otros cuidados (estudiantes y cuidadores auxiliares) y que eran psicólogos, siendo mayor la sintomatología en los profesionales de otros cuidados.

Tabla 7

Diferencias en la sintomatología de depresión en función de los datos sociodemográficos

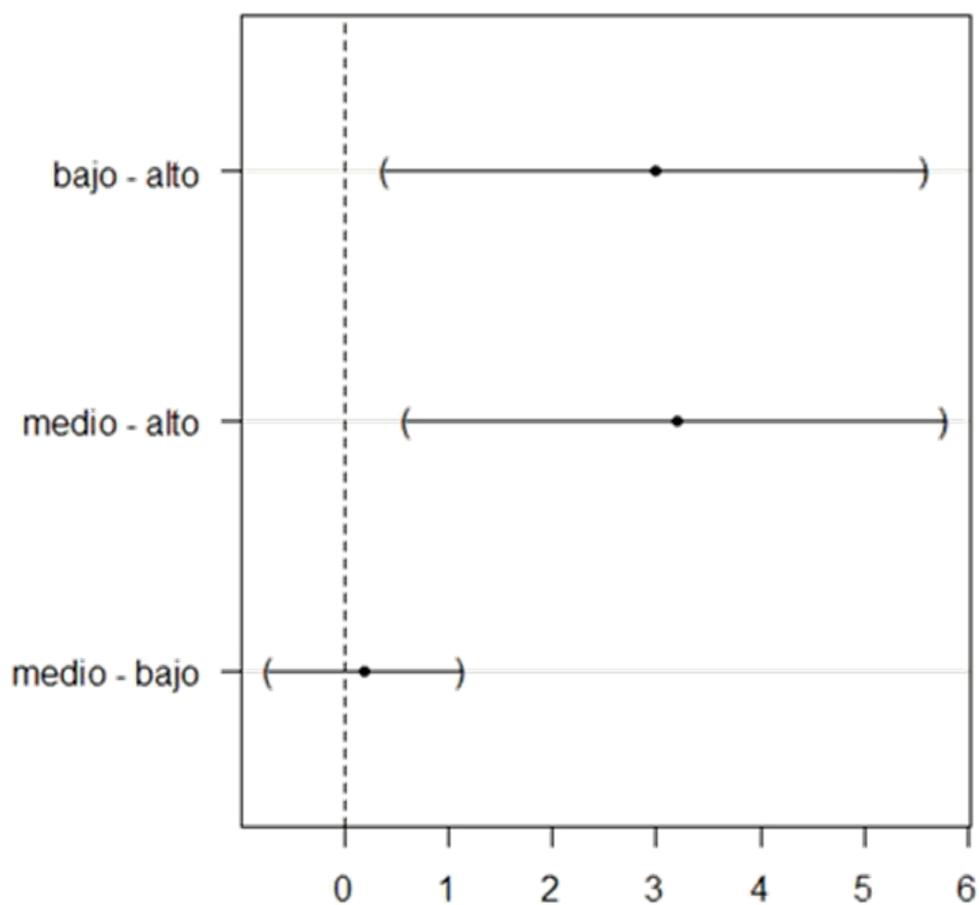
Variable	Categorías	N	Media	sd	gl	Sum cuadr ados	Media cuadráti ca	F	Pr(>F)
Nivel socioecon ómico	Bajo	217	4,400	4,635	2	164	81,84	4,082	0,017
	Medio	290	4,603	4,458					
	Alto	17	1,411	1,905					

Nivel educativo	Bachillerato	15	3,466	4,223					
	Técnico/ tecnólogo	222	4,432	4,521	4	50	12,38	0,607	0,658
	Profesional	189	4,634	4,681					
	Posgrado	106	4,141	4,243					
Profesión	Enfermera	236	4,338	4,431					
	Médico	61	3,918	4,677	4	260	65,11	3,294	0,011
	Psicólogo	53	2,792	3,096					
	Terapeuta	109	5,036	4,576					
	Otro cuidado	71	5,352	4,913					

Nota: Se tuvo en cuenta un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Figura 4

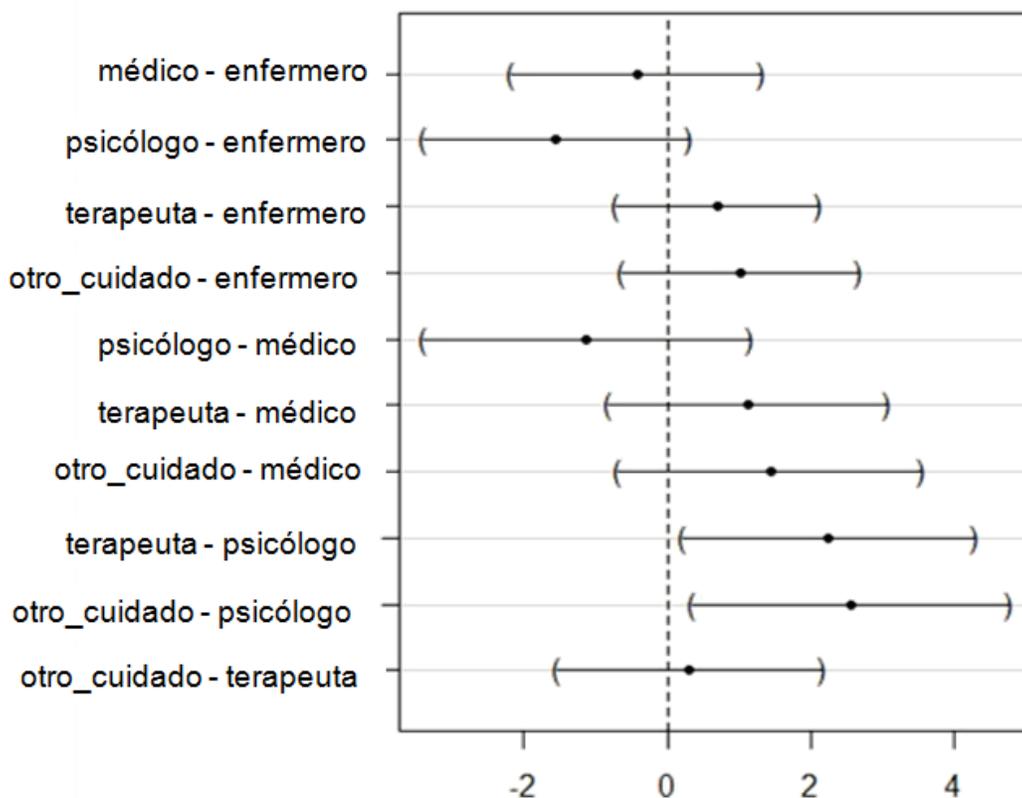
Análisis Post-Hoc entre las variables de depresión y nivel socioeconómico



En cuanto a la sintomatología de depresión y el nivel socioeconómico, como se puede apreciar en la **Tabla 7** y la **Figura 4**, se encontraron diferencias significativas entre los participantes que pertenecían a un nivel socioeconómico bajo y los que pertenecían a un nivel socioeconómico alto, y entre aquellos que eran de un nivel socioeconómico medio y los que eran de un nivel socioeconómico alto, observando que aquellos que pertenecían a un nivel socioeconómico medio y bajo presentaban mayor sintomatología.

Figura 5

Análisis Post-Hoc entre las variables de depresión y profesión



En relación a la sintomatología de depresión y la variable profesión, como se muestra en la **Figura 5**, se encontró una diferencia significativa entre los profesionales que eran terapeutas y los que eran psicólogos, y entre aquellos que eran trabajadores de otros cuidados (estudiantes y

cuidadores auxiliares) y los que eran psicólogos, identificando que la sintomatología era mayor en los terapeutas y los profesionales de otros cuidados.

Tabla 8

Correlación entre las variables de horas de sueño, edad y salud mental

	Ansiedad	Depresión	Edad	Estrés	Horas de sueño
Ansiedad	1.000	0.713*	-0.175*	0.736*	-0.126*
Depresión		1.000	-0.116*	0.753*	-0.107*
Edad			1.000	-0.180*	0.066*
Estrés				1.000	-0.174*
Horas de sueño					1.000

Nota: De acuerdo con la prueba de normalidad se utilizó el Coeficiente de correlación de Spearman con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

En la **Tabla 8**, se evidencia una relación significativa e inversa con una magnitud débil entre las variables de edad y horas de sueño, y la sintomatología de estrés, ansiedad y depresión, estableciéndose que a medida que una variable aumenta la otra disminuye, es decir, que a menor edad y menor cantidad de horas de sueño mayor sintomatología.

Discusión

El personal de salud que participó en el presente estudio reportó tener una baja sintomatología en estrés, ansiedad y depresión y tener una mayor prevalencia de estilos de vida poco saludables, encontrando que aquellos que consumían sustancias psicoactivas, que no practicaban actividad física y que dormían menos horas presentaban mayor sintomatología. Así mismo, en cuanto a los datos sociodemográficos, los resultados arrojaron que los participantes que pertenecían a un nivel socioeconómico medio y bajo, que eran de una edad más joven y que eran terapeutas y profesionales de otros cuidados (estudiantes y cuidadores auxiliares) obtuvieron puntajes más altos en las variables de salud mental.

En el consumo de sustancias psicoactivas, se halló mayor sintomatología de estrés en el personal sanitario que afirmó consumir alcohol y tabaco. Estudios anteriores son consistentes con estos resultados, en donde se ha encontrado que a mayor consumo de alcohol y tabaco mayor sintomatología de estrés (Alonso et al., 2018; Vidales et al., 2019). Estos puede deberse a exigencias laborales como trabajar en áreas hospitalarias, el cuidado de pacientes y turnos nocturnos que les genera un desgaste físico y mental, por lo que recurren al consumo de sustancias como el alcohol y el tabaco para disminuir el malestar psicológico, pero, a su vez, su consumo también genera un aumento de los niveles de estrés (Vidales et al., 2019).

También, en los resultados obtenidos, se encontró que el personal sanitario que afirmó consumir bebidas energizantes presentaron mayor sintomatología de estrés, ansiedad y depresión. Se observaron resultados similares en un estudio en el que se identificó la alta prevalencia de consumo de bebidas energizantes en estudiantes de medicina en relación a la presencia de estados ansioso-depresivos y altos niveles de estrés, recurriendo a su consumo para tratar de responder a las exigencias tanto académicas como laborales que acompañan esta profesión, a sus esfuerzos por mantenerse despiertos y a reducir el mismo malestar psicológico (Mendoza et al., 2020).

De igual manera, se evidencia que el personal sanitario que afirmó consumir medicamentos no formulados y SPA presentaron mayor sintomatología de estrés, ansiedad y depresión, correspondiendo con otros estudios en los que se encontró una relación significativa con el consumo de psicofármacos y sustancias psicoactivas y la presencia de cuadros depresivos y sintomatología severa de estrés y ansiedad (Áreas-López et al., 2023; Londoño-Restrepo et al., 2017). Esto puede deberse a que las sustancias psicoactivas y algunos medicamentos frecuentemente utilizados por el personal sanitario tienen implicaciones en el sistema nervioso,

lo que genera sensaciones de irritabilidad e inquietud que aumentan los niveles de ansiedad y estrés. Así mismo, la dependencia a estas sustancias lleva a la persona a sentirse deprimida, desanimada e impide que no pueda disfrutar de actividades que antes le resultaban placenteras (Garriga y Canela, 2020; National Institute on Drug Abuse, 2020).

Además, se encontró mayor sintomatología de estrés, ansiedad y depresión en el profesional de salud que no practicaba actividad física, lo que es consistente con otros resultados hallados en donde se evidenció que las enfermeras que realizaban ejercicio regularmente presentaban niveles más bajos de estrés, ansiedad y depresión (Vancampfort & Mugisha, 2022). Una explicación para esto, es que la actividad física regular puede aumentar la sensación de bienestar y mejorar el autoconcepto, lo que tiene implicaciones a nivel anímico, cognitivo y cerebral, ya que se produce una liberación de endorfinas que favorece el bienestar psicológico (Barbosa-Granados y Urrea-Cuéllar, 2018).

Por otra parte, en el presente estudio se identificó que existe una relación inversa entre las horas de sueño y la salud mental, estableciendo que a menor cantidad de horas de sueño mayor sintomatología de estrés, ansiedad y depresión. Estos resultados se respaldan por otros estudios en donde se encontró una correlación significativa entre el malestar psicológico y la latencia del sueño, observando también que el malestar psicológico puede afectar la calidad del sueño, estableciéndose una relación bidireccional. Es posible que los turnos nocturnos laborales que acompañan esta profesión sean un predisponente para tener mayor sintomatología de estrés, afectando también el ciclo normal de sueño y vigilia (Wang et al., 2021). Así mismo, Kupfer & Ehlers (como se citó en Benetó-Pascual, 2005) identificaron que la disminución de la latencia de la fase REM puede predecir el desarrollo de síntomas depresivos, y la falta de sueño puede llevar

a permanecer en un estado de alerta y activación que desencadenan respuestas de estrés y ansiedad (Instituto del Sueño, 2019).

En cuanto a los datos sociodemográficos, se encontró que el personal sanitario que pertenece a los niveles socioeconómicos medio y bajo tienen mayores afectaciones en su salud mental. Esto corresponde con lo encontrado en otros estudios, en donde se evidencia que ser de un nivel socioeconómico medio y bajo parece estar asociado con la presencia o ausencia de sintomatología de estrés, ansiedad y depresión (Otero-Escalante, 2023). Esto podría deberse a que las personas que pertenecen a estos niveles socioeconómicos tienen mayores dificultades financieras y suelen tener menos acceso a una red eficiente de atención en salud, lo cual afecta su calidad de vida (Banco Mundial, 2015).

Los resultados también mostraron que existe una relación inversa entre la edad y las variables de salud mental, encontrando que a menor edad mayor sintomatología. Estos resultados son similares a lo encontrado por otros autores, en donde se observó que los participantes más jóvenes tenían mayor probabilidad de presentar problemas de estrés, ansiedad y depresión, evidenciando que la edad actúa como un factor predictor (Arias-López et al., 2023; Meredith et al., 2022). A nivel cerebral, existen elementos que pueden relacionarse con esta vulnerabilidad, pues, debido a que el área prefrontal del cerebro se desarrolla por completo entre los 25 y 30 años, las personas de menor edad pueden carecer de técnicas de afrontamiento eficaces que les permitan tomar decisiones para adaptarse y sobrellevar adversidades sociales, económicas y familiares a las que están más expuestos por el grupo etario en el que se encuentran (National Institute of Mental Health, 2024; Organización Mundial de la Salud, 2023).

Así mismo, se encontró mayor sintomatología de ansiedad y depresión en los profesionales de salud que eran terapeutas y profesionales de otros cuidados (estudiantes y

cuidadores auxiliares). Esto se respalda por estudios recientes en donde se reportó que los terapeutas presentaban sintomatología leve, moderada y severa de depresión y ansiedad (Abdulghani et al., 2022), al igual que estudiantes de medicina que presentaban una alta prevalencia de características clínicas de trastornos de ansiedad y depresión (Ordóñez-Galeano, 2020), y los cuidadores auxiliares que reportaron altos niveles de ansiedad, desmotivación, apatía y frustración (Zorzo, 2021). Estos resultados, en los terapeutas y cuidadores auxiliares, pueden deberse a que se exponen a historias y experiencias traumáticas de los pacientes en su labor diaria y a que perciben que sus cuidados no son suficientes para ayudarlos, experimentando malestar emocional y psicológico (Instituto de la dependencia, 2024). Con respecto a los estudiantes, su alta sintomatología se debería a la exigente carga académica propia de la carrera de medicina que puede llevar a tener un bajo desempeño académico, o a las dificultades sociales para adaptarse al contexto universitario (Caro et al., 2019).

En los resultados obtenidos no se encontraron diferencias significativas en la salud mental en función del sexo, a diferencia de otros estudios en donde se ha encontrado que el personal sanitario de sexo femenino presenta mayor prevalencia de sintomatología de ansiedad, depresión y estrés, posiblemente por el desgaste mental que genera el cuidado de los hijos y del hogar (Vallejos-Suárez, 2021). Sería pertinente profundizar en este aspecto sociodemográfico con la población de estudio para corroborar las diferencias en salud mental con relación a esta variable.

En el estudio se identifica como limitaciones su diseño transversal, debido a que no permite establecer relaciones causales entre las variables. Así mismo, ya que no se utilizó un muestreo probabilístico, no es posible generalizar los resultados obtenidos en toda la población de personal sanitario. Otra limitación que se identifica es que la población mayoritariamente

pertenece a la ciudad Bogotá, por lo que se sugiere realizar mayores investigaciones en otros contextos, puesto que las condiciones sociodemográficas en la población de estudio son diferentes.

Conclusiones

En la presente investigación se concluye que existe una relación entre la condición de salud mental del personal sanitario y los estilos de vida como el consumo de sustancias psicoactivas, practicar actividad física y la cantidad de horas de sueño. Por lo tanto, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de esta población, se sugiere abordar el tema de salud mental en los entornos laborales, impactando también en las políticas públicas, en donde se reconozca al personal sanitario como población vulnerable. Esto con el fin de implementar estrategias de promoción y prevención acerca de los estilos de vida, por medio de programas que acompañen y favorezcan la integración de prácticas como la actividad física o la identificación de alternativas saludables para lidiar con el malestar psicológico que puede generar su labor.

Referencias

- Abdulghani, A. H., Ahmad, T. & Abdulghani, H. M. (2022) The impact of covid-19 pandemic on anxiety and depression among physical therapist Saudi Arabia. *A croos-sectional study. BMC medical education*, 22(01), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03785-x>
- Alonso, M., Alonso, M., Oliva, N., Zorrilla, L. y Delgadillo, L. (2018). Relación entre estrés de conciencia y riesgo de consumo de alcohol en personal de enfermería. *Health and addictions*, 18(2), 69-78. <https://research-ebsco-com.ezproxy.uniminuto.edu/c/7boqt4/viewer/pdf/xevvky56mj?auth-callid=a0efde02-81cc-96b5-ba68-a0aa190d8f49>

- Arias-López, L. L., Garcias-Mora, R. A., Butron-Heredia, R. y Salvatierra-Gomez, V. K. (2023). Depresión, ansiedad, estrés y consumo de sustancias psicoactivas post COVID-19 entre estudiantes de medicina de la Universidad Privada del Valle, Cochabamba-Bolivia, 2022. *Revista de investigación e información en salud*, 8(44), 21-31.
<https://doi.org/10.52428/20756208.v18i44.468>
- Balley, B. C., Cox, S., Terris, L., Oppen, D. V., Howsare, J., Berry, J. H. & Winstanley, E. L. (2023). Rural health care worker wellness during COVID-19: Compassion fatigue, compassion satisfaction & utilization of wellness resources. *PLoS ONE*, 18(12), 1-18.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0295020>
- Banco Mundial. (2015). *La mala salud mental, un obstáculo al desarrollo de América Latina*.
<https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2015/07/13/bad-mental-health-obstacle-development-latin-america#:~:text=Los%20pobres%20no%20solamente%20tienen,salud%20mental%2C%20seg%20C3%20BAn%20la%20OMS>
- Barbosa-Granados, S. H. y Urrea-Cuéllar, A. M. (2018). Influencia del deporte y la actividad física en el estado de salud físico y mental: una revisión bibliográfica. *Revista Katharsis*, 25, 141-159. <http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis>
- Benetó-Pascual, A. (2005). Comorbilidad insomnio-depresión. *Vigilia-Sueño*, 17(2), 91-120.
<https://www.elsevier.es/es-revista-vigilia-sueno-270-pdf-13085199>
- Bouaddi, O., Abdallahi, N. M., Fadel-Abdi, C. M., Hassouni, K., Jallal, M., Benjelloun, R., Belrhiti, Z., Nejjari, C. & Khalis, M. (2023). Anxiety, Stress, and Depression Among Healthcare Professionals During the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study in

- Morocco. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 60, 1–8. <https://doi.org/10.1177/00469580221147>
- Caro, Y., Trujillo, S. y Trujillo, N. (2019). Prevalencia y factores asociados a sintomatología depresiva y ansiedad rasgo en estudiantes universitarios del área de la salud. *Universidad de Antioquia*, 13(1), 41-52. <https://doi.org/10.21500/19002386.3726>
- Colorado, F. y Gómez, S. (2017). Estilos de vida y estado nutricional antropométrico en médicos y enfermeras que laboran en establecimientos del distrito de Chiclayo en el año 2015. [Tesis de posgrado, universidad católica santo toribio de mogrovejo]. Repositorio UCAT. https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/801/3/TL_ColoradoJulcaFiorella_Gomez_PalaciosSara.pdf
- Dutheil, F., Aubert, C., Pereira, B., Dambrun, M., Moustafa, F., Mermillod, M., Baker, J., Trousselard, M., Lesage, F. & Navel, V. (2019) Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 14(12), 1-28. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.022636>
- Garriga, M. y Canela, R. (2020). Automedicación en el personal de enfermería de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel. *Nure investigación*, 17(106), 1-17. <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1908/919>
- Instituto de la dependencia. (2024). *Cuidados de la salud mental en el sector sociosanitario*. <https://institutodependencia.edu.es/cuidados-salud-mental-en-el-sector-sociosanitario/>
- Instituto del sueño. (2019). *Estrés y ansiedad en el sueño*. <https://www.iis.es/estres-y-ansiedad-en-el-sueno-tratamiento-insomnio-transitorio/>
- Jiménez-Picón, N., Romero-Martín, M., Ponce-Blandón, J. A., Ramírez-Baena, L., Palomo-Lara, J. C. & Gómez-Salgado, J. (2021). The Relationship between Mindfulness and Emotional

- Intelligence as a Protective Factor for Healthcare Professionals: Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105491>
- Kupfer, D. J. & Ehlers, C. L. (1989). Two roads to rapid eye movement latency. *Arch Gen Psychiatry*, 46(10). <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810100087016>
- Laje-Olvera, G., Tigrero-Reyes, S. M., Mite-Menéndez, J. J. y Alvarez-Toala, I. J. (2022). Relación del estrés laboral con estilo de vida saludable en el personal de enfermería. *Recimundo*, 6(4), 505-5015. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(4\).octubre.2022.505-515](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(4).octubre.2022.505-515)
- Leon-Reyna, P., Lora-Loza, M. y Rodríguez-Vega, J. (2021). Relación entre estilo de vida y estrés laboral en el personal de enfermería en tiempos de COVID-19. *Revista Cubana de Enfermería*, 37, 1-15. <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4043>
- Ley 1090 de 2006. (2006, 6 de septiembre). Congreso de la República. Diario oficial No 46.383. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1090_2006.html
- Londoño-Restrepo, J., Chica-Álvarez, O. P. y Marín Agudelo, I. C. (2017). Riesgo de depresión, alcoholismo, tabaquismo y consumo de sustancias psicoactivas en personal de enfermería, de dos instituciones hospitalarias del área metropolitana de la ciudad de Medellín. *Medicina U.P.B.*, 36(1), 34-43. <https://doi.org/10.18566/medupb.v36n1.a05>
- Mendoza, A., Carreño, M., Pérez, M. y Ganchozo, E. (2020). El consumo de bebidas energéticas en el desarrollo de las actividades diarias de los estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. *Revista dilemas contemporáneos: educación política y valores*, 24, 1-33. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v35i1.2245>

- Meredith, L. S., Bouskill, K., Chang, J., Larkin, J., Motala, A. & Hempel, S. (2022). Predictors of burnout among US healthcare providers: a systematic review. *BMJ Open*, 12(8), 1-11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054243M>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *ABECÉ sobre la salud mental, sus trastornos y estigmas*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-salud-mental.pdf>
- Ministerio de salud y protección social. (2015). *Encuesta nacional de salud mental*. https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf
- Mogollón, F., Becerra, L. y Ancajima, J. (2020). Estilos de vida saludables en estudiantes de pregrado. *Revista Conrado*, 16(75), 69-75. <https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/1387/1377>
- National Institute of Mental Health. (2024). *El cerebro de los adolescentes: 7 cosas que usted debe saber*. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/el-cerebro-de-los-adolescentes-7-cosas#:~:text=El%20cerebro%20termina%20de%20desarrollarse,prioridades%20y%20to mar%20buenas%20decisiones>
- National Institute on Drug Abuse. (2020). *Las drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia de la adicción. Las drogas y el cerebro*. <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/las-drogas-y-el-cerebro>
- Oblitas-Guadalupe, L. A. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Cengage Learning. <https://booksmedicos.org/psicologia-de-la-salud-y-calidad-de-vida-luis-a-oblitas/>

- Ordóñez, R. A. (2020). Depresión y ansiedad en estudiantes de medicina. *Revista ciencia multidisciplinaria*, 4(2), 15-21. <https://doi.org/10.36314/cunori.v4i2.123>
- Organización Mundial de la salud. (2022). *Salud Mental*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la salud. (2023). *La salud de los adolescentes y los adultos jóvenes*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Estudio advierte sobre elevados niveles de depresión y pensamientos suicidas en personal de salud de América Latina durante la pandemia*. <https://www.paho.org/es/noticias/13-1-2022-estudio-advier-te-sobre-elevados-niveles-depresion-pensamientos-suicidas-personal#:~:text=El%20informe%20The%20COVID%2D19,dijo%20que%20pens%C3%B3%20en%20suicidarse>
- Otero-Escalante, E. J. (2023). *Prevalencia de trastornos de la salud mental y factores Fsociados en el personal de salud encargados de la atención de pacientes con SARS-COV-2 en una institución prestadora de servicios de salud de sedes Barranquilla Valledupar en el 2021* [Tesis de maestría, Universidad del Norte]. DSpace Principal - Uninorte. <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/11597/1048211350.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- R Core Team. (2024). R: A Language and Environment for Statistical Computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. <https://www.R-project.org/>

Resolución número 8430 de 1993. (1993, 4 de octubre). Ministerio de Salud. No 008430.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.pdf>

Ruiz, F., García Martín, B., Suárez Falcón, J. & Odriozola González, P. (2017). Hierarchical Factor Structure of the Spanish Version of Depression Anxiety and Stress Scale -21.

International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 17(1), 97-105.

<https://www.redalyc.org/pdf/560/56049624007.pdf>

Vallejos-Suárez, M. L. (2021). *Efecto emocional por COVID-19 en el personal de salud durante la pandemia* [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio de la Universidad César Vallejo.

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/56418/Vallejos_SML-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Vancampfort, D. & Mugisha, J. (2022). Mental health and lifestyle in mental health nurses: a cross-sectional, nation-wide study from Uganda during COVID-19 times. *PanAfrican Medical Journal*, 42(210), 1-11.

<https://www.panafrican-medicaljournal.com/content/article/42/210/pdf/210.pdf>

Vidales, J., Delgadillo, L., Calderón, L., Ortega, V., Casillas, L. y Juárez, V. (2019). Relación entre el estrés de conciencia y el consumo de alcohol y tabaco en personal de enfermería. *Enfermería, innovación y ciencia*, 1(1), 1-11.

<https://revistas.uaz.edu.mx/index.php/eic/article/view/752/763>

Wang, B., Lu, Q., Sun, F. & Zhang, R. (2021). The relationship between sleep quality and psychological distress and job burnout among Chinese psychiatric nurses. *Industrial Health*, 59, 427–435.

<https://doi.org/10.2486/indhealth.2020-0249>

World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/world-mental-health-report>

Wren, S. & Alexandrova, A. (2021). Mental Health Without well-being. *The journal of medicine and philosophy*, 46, 684-703. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhab032>

Zorzo, M. E. (2021). Sobrecarga en tiempos de COVID-19 en los profesionales de atención directa en geriatría: Técnicos en atención sociosanitaria. *Propuesta de actuación. Universidad americana de Europa*, 1, 451-462.
<https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/2088/1723>