

AFRONTAMIENTO Y ANSIEDAD ASOCIADA A LA EMERGENCIA POR COVID-19 EN ESTUDIANTES DEL ÁREA DE SALUD DE UNA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR DE COLOMBIA

COPING AND ANXIETY ASSOCIATED WITH THE COVID-19 EMERGENCY AMONG HEALTH CARE STUDENTS AT A HIGHER EDUCATION INSTITUTION IN COLOMBIA

COPING E ANSIEDADE ASSOCIADOS À EMERGÊNCIA DA COVID-19 EM ESTUDANTES DA ÁREA DE SAÚDE EM UMA INSTITUIÇÃO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NA COLÔMBIA

ISSN 0717-9553

CIENCIA Y ENFERMERIA (2024) 30:16

DOI

<https://doi.org/10.29393/CE30-16AAOJ40016>



Autora de correspondencia

Olga Stella Diaz-Usme

Palabras clave

Ansiedad; Habilidades de Afrontamiento; Emergencia sanitaria; Estudiantes del Área de la Salud.

Key words

Anxiety; Coping strategies; Health emergency; Healthcare students.

Palavras-chave

Ansiedade; Habilidades de Coping; Emergência de Saúde; Estudantes de Saúde.

Fecha de recepción

27/06/2024

Fecha de aceptación

03/10/2024

Editora

Dra. Sara Mendoza-Parra 

Olga Stella Diaz-Usme¹  Email: diazolga@unbosque.edu.co

Wanderley A Arias²  Email: waarias@unbosque.edu.co

Edgar A Ibáñez³  Email: ibanezedgar@unbosque.edu.co

Jeisson A Hincapié⁴  Email: jhincapie@unbosque.edu.co

RESUMEN

Objetivo: Describir la relación entre estrategias de afrontamiento y ansiedad asociada a emergencia sanitaria por COVID-19 en estudiantes del área de ciencias de la salud de una Institución de Educación Superior de Bogotá, Colombia. **Material y Método:** Estudio transversal con 61 estudiantes de programas de enfermería, medicina e instrumentación quirúrgica que realizaron práctica clínica en pandemia. Previo consentimiento se aplicó la Escala de Ansiedad por Coronavirus y preguntas seleccionadas de la Escala de Estrategias de Coping Modificada. El análisis de datos se realizó con SPSS Versión 29. Las variables cualitativas se analizaron con frecuencias absolutas y porcentuales; las variables cuantitativas con promedios y desviaciones estándar. Para las asociaciones se utilizó Chi² de Pearson, con 95% de confianza y significancia 0,05; la tasa de respuesta fue del 100 %. **Resultados:** Edad promedio 22,49 años, 83,6% mujeres, 55,7% vivían con sus padres durante la pandemia. En Afrontamiento, la característica "Intenté ver los aspectos positivos del problema" fue significativa entre programas ($p < 0,05$) en donde "casi siempre" o "siempre" fue mayor en medicina (66,7%). La prevalencia de presencia sugestiva de ansiedad total fue de 26,2% y mayor (30%) en Enfermería. **Conclusiones:** Las diferencias en el uso de reevaluación positiva y

¹Enfermera Psicóloga, Magíster. en Educación, Facultad de Enfermería, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.

²Instrumentador quirúrgico, Epidemiólogo, Facultad de Medicina, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.

³Ingeniero, Especialista en Estadística, Especialista en Docencia Universitaria, Magíster en Epidemiología Clínica, PhD en Estudios Políticos, Facultad de Medicina, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.

⁴Enfermero, Magíster en Enfermería Oncológica, Facultad de Enfermería, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.

los puntajes sugestivos de ansiedad, llaman la atención sobre posibles asociaciones necesarias de abordar en futuros estudios, ampliando la muestra. La respuesta integral a situaciones de emergencias en salud requiere de herramientas para el manejo de la ansiedad y de estrategias de afrontamiento efectivas en la formación del pregrado.

ABSTRACT

Objective: To describe the relationship between coping strategies and anxiety related to the COVID-19 health emergency among healthcare students at a higher education institution in Bogotá, Colombia. **Materials and Methods:** Cross-sectional study conducted with 61 students of nursing, medicine and surgical instrumentation programs who performed clinical practice during the pandemic. After informed consent, the Coronavirus Anxiety Scale and selected questions from the Modified Coping Strategies Scale were administered. The analysis was carried out using SPSS version 29. Qualitative variables were analyzed using absolute frequencies and percentages, while quantitative variables were analyzed using averages and standard deviations. Pearson's Chi² was used for associations with 95% confidence and 0.05 significance; the response rate was 100%. **Results:** Mean age 22.49 years, 83.6% women, 55.7% lived with their parents during the pandemic. In terms of coping, the characteristic "I tried to see the positive aspects of the problem" was significant between programs ($p < 0.05$), with "almost always" or "always" being higher in medicine (66.7%). The overall prevalence of the suggestive presence of anxiety was 26.2% and higher (30%) in Nursing. **Conclusions:** The differences in the use of positive reappraisal and anxiety-suggestive scores highlight potential associations that should be explored in future studies with a larger sample size. A comprehensive response to health emergencies requires anxiety management tools and effective coping strategies in undergraduate training.

RESUMO

Objetivo: Descrever a relação entre as estratégias de *coping* e os níveis de ansiedade relacionada à emergência de saúde da COVID-19 entre estudantes de ciências da saúde em uma instituição de ensino superior em Bogotá, Colômbia. **Material e Método:** Estudo transversal realizado com 61 alunos dos cursos de enfermagem, medicina e instrumentação cirúrgica que realizaram prática clínica durante a pandemia. Após o consentimento informado, foram aplicadas a Escala de Ansiedade ao Coronavírus e perguntas selecionadas da Escala Modificada de Estratégias de *Coping*. A análise foi realizada com o software SPSS versão 29. As variáveis qualitativas foram analisadas por meio de frequências absolutas e porcentagens, enquanto as variáveis quantitativas foram analisadas por meio de médias e desvios padrão. O Chi² de Pearson foi usado para associações com 95% de confiança e significância de 0,05; a taxa de resposta foi de 100%. **Resultados:** Idade média de 22,49 anos, 83,6% do sexo feminino, 55,7% residiam com os pais durante a pandemia. Em relação ao *coping*, a característica "tentei ver os aspectos positivos do problema" foi significativa entre os programas ($p < 0,05$), sendo que "quase sempre" ou "sempre" foi maior em medicina (66,7%). A prevalência geral de presença sugestiva de ansiedade foi de 26,2% e superior (30%) em Enfermagem. **Conclusões:** As diferenças no uso de reavaliação positiva e nos escores sugestivos de ansiedade destacam possíveis associações que devem ser exploradas em estudos futuros com um tamanho de amostra maior. Uma resposta integral às emergências de saúde exige ferramentas de manejo da ansiedade e estratégias de *coping* eficazes na formação nos programas de graduação.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la emergencia de salud pública de interés internacional (PHEIC, por sus siglas en inglés), como un evento extraordinario, con impacto "inusual" e "inesperado" que conlleva riesgos o daños para la salud humana y los ecosistemas que, por su capacidad de propagación internacional, requiere una respuesta coordinada de múltiples

organismos y entidades multilaterales. El Reglamento Sanitario Internacional proporciona directrices generales que orientan a los países miembros acerca de las acciones a desarrollar y pone a disposición recursos orientados a fortalecer la capacidad de respuesta de los sistemas de salud⁽¹⁾.

Las experiencias del sector salud frente a las emergencias generadas por el virus H1N1, la

epidemia de polio, el Ébola en África en 2014, la epidemia del Zika y la más reciente asociada al COVID-19, referencia para la realización del presente estudio, destacan la necesidad de fortalecer, además de la infraestructura y tecnología disponible, estrategias de afrontamiento efectivas en el personal sanitario frente a los desafíos planteados en situaciones en las que la capacidad de adaptación, la de toma de decisiones en escenarios de incertidumbre y la capacidad de trabajo en equipo, entre otras, se exige al máximo⁽²⁾. Se subraya la necesidad de incorporar en los procesos de formación el desarrollo de capacidades para identificar los factores asociados a la presencia de ansiedad en el personal de salud y las estrategias de afrontamiento implementadas en estas situaciones, en razón a las consecuencias, evidenciadas en la reciente emergencia en la salud mental a nivel individual y colectivo.

La OMS señala que quienes enfrentan situaciones de emergencia atraviesan diversos tipos de malestar psicológico, y que el riesgo de sufrir alteraciones en la salud mental persiste, en una de cada cinco personas, durante una década, aumentando su vulnerabilidad en futuras experiencias similares⁽³⁾. Desde su formación, los profesionales del área de la salud experimentan, de manera frecuente, este tipo de situaciones y por ello reviste especial atención direccionar acciones que posibiliten identificar recursos, factores protectores y de riesgo, necesidades y estrategias de afrontamiento implementadas frente a situaciones en las que se reta la capacidad de respuesta efectiva y protectora de sí mismo en tiempos de crisis.

Los esfuerzos cognitivos, comportamentales y emocionales que realizan los individuos con el propósito de atenuar, manejar o modificar la evaluación inicial de la tensión generada por las situaciones percibidas como estresantes, son descritos como estrategias de afrontamiento. Su implementación guarda relación con la situación, los recursos, la experiencia previa, la evaluación cognitiva y el control percibido, las emociones y/o la activación fisiológica. En ese sentido es reconocida como una expresión en la que confluyen multiplicidad de factores internos y externos al sujeto, algunos de ellos susceptibles de ser modificados en pro de fortalecer la eficacia

y minimizar la ansiedad y los efectos deletéreos de la situación percibida como estresante⁽⁴⁾.

Como mencionó el Secretario General de la ONU⁽⁵⁾, el COVID-19 no será la última pandemia que enfrente la humanidad y es imperativo aumentar la inversión en salud, fortalecer los sistemas de vigilancia y respuesta, así como los sistemas de atención primaria en salud. En este contexto, se reconoce la salud mental de los profesionales de la salud como elemento central; es imperativo desarrollar habilidades y competencias en el personal de salud con el propósito de atenuar el riesgo de alteraciones en la salud mental y dispositivos que favorezcan su identificación oportuna.

Durante la pandemia por COVID-19 los sistemas de salud y protección en el mundo se esforzaron por responder, tecnológica y científicamente, a una situación emergente de magnitud impredecible a corto, mediano y largo plazo, sin embargo es evidente que la comprensión de un fenómeno de esta magnitud no se limita a cifras e indicadores epidemiológicos; requiere modelos comprensivos de integración inter y transdisciplinaria orientados a la formulación de acciones pertinentes que faciliten el diálogo y la articulación entre las diferentes matrices de pensamiento, disciplinas y diversos campos de conocimiento y prácticas. La crisis generada representa una oportunidad para el desarrollo de nuevas y prometedoras estrategias de investigación y acción frente a otros eventos emergentes y contingentes, definidos por su singularidad y complejidad⁽⁶⁾.

De acuerdo con la encuesta realizada a nivel mundial por la OMS durante la crisis por COVID 19, en el 94 % de los países se presentaron interrupciones en uno de los servicios de atención y en el 34 % en más de dos y sus efectos sobre el sistema dependen de los recursos destinados al sector salud por los gobiernos. En América Latina, los servicios de salud se vieron en la necesidad de aplazar la atención de condiciones de salud diferentes a las generadas por el coronavirus y, para el año 2021, más de un tercio de los países de la región registró interrupciones en la provisión de servicios integrados de salud⁽⁷⁾.

A nivel mundial, la demanda de servicios de atención en salud mental en situaciones de crisis se incrementa y emergen, se agudizan

o visibilizan situaciones que afectan la salud mental, sin embargo, solamente entre el 25 % a un 30 % de las personas que requieren atención acceden a los servicios⁽⁸⁾. De no implementarse estrategias orientadas a fortalecer estrategias de afrontamiento que posibiliten el manejo de la tensión generada, las crisis asociadas a emergencias sanitarias, puede derivar en incremento de la ansiedad y problemáticas relacionadas con la salud mental^(9, 10).

El informe "Estado mental del mundo 2021" identificó, a partir de la aplicación del cociente de salud mental (CHQ), un mayor descenso en la percepción de bienestar de la población joven durante el periodo 2019-2020, en comparación con otros grupos etarios⁽¹¹⁾, grupo etario en el que se encuentran los estudiantes que avanzan en su formación profesional, hallazgo que llama la atención sobre la importancia de conocer las estrategias de afrontamiento implementadas por este grupo frente a situaciones de crisis.

Por su parte, el personal de salud es identificado como vulnerable frente a riesgos de salud mental y estudios han identificado en ellos la presencia de estrés, ansiedad y Síndrome de Burnout, que en ocasiones es normalizado o descrito como componente de la presión laboral habitual que enfrentan quienes laboran en el sector salud^(12, 13). Durante la reciente emergencia sanitaria se identificaron estresores adicionales: alto riesgo de contraer COVID-19, especialmente durante la etapa inicial de la emergencia, temor por el bienestar de sus familias, pérdidas propias y duelos que no siempre fueron tramitados, demandas adicionales en la atención que generaron mayor tensión emocional tanto en el equipo como en los pacientes y sus familiares, incertidumbre sobre el manejo de la enfermedad, limitaciones en recursos y tecnología, así como la permanente confrontación con la muerte. Todo esto derivó en el incremento de alteraciones de la salud mental que subraya la urgencia de priorizar el estudio de la respuesta emocional del personal sanitario en situaciones de crisis e indagar su relación con la salud mental⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

El acceso a la educación superior se reconoce como factor positivo en el desarrollo de los individuos y las comunidades, sin embargo, durante este periodo de formación confluyen diversidad de estresores que incrementan la

vulnerabilidad en salud mental en los jóvenes y adolescentes. La trayectoria vital durante la transición al rol adulto se ve enfrentada a crisis normativas, demandas propias del entorno académico y retos vinculados a la integración al sistema social⁽¹⁷⁾; adaptarse a la vida laboral, experimentar demandas del contexto que pueden desbordar o exceder sus conocimientos y habilidades, reconocer la falta de control sobre el entorno, la incertidumbre sobre el futuro y el reconocimiento de las implicaciones de la responsabilidad frente a la vida de otros, son algunas de las experiencias que requieren de la puesta en marcha de diferentes estrategias de afrontamiento⁽¹⁸⁾.

Estas estrategias, en la mayoría de las ocasiones, responden a aprendizajes derivados del contexto familiar, de la experiencia propia o de patrones culturalmente aprobados y validados. También derivan de actitudes y prácticas incorporadas durante el proceso de formación, que hacen parte del currículo oculto, sin que se dé cuenta de un proceso de reflexión o entrenamiento sistemático y planificado para el desarrollo de habilidades de afrontamiento.

En este contexto, la crisis mundial desencadenada por la pandemia de COVID-19 ha provocado desafíos extraordinarios en todos los ámbitos de la vida, y la educación superior no ha sido la excepción. En particular, los estudiantes de ciencias de la salud, que en el contexto de la emergencia sanitaria desarrollaron sus prácticas formativas, se vieron enfrentados a situaciones complejas en las que la gestión de las emociones asociadas a la incertidumbre y la ansiedad se reconocen como aspectos cruciales. Los retos y desafíos que enfrentaron trascendieron lo académico y demandaron esfuerzos adicionales, frente a condiciones personales, sociales y familiares, que no se encontraban incorporadas a su proyección y plan de vida. Estas circunstancias no solo impactaron su bienestar durante la emergencia, sino que, como lo señala la literatura, tendrán repercusiones en su futuro desempeño profesional⁽¹⁹⁾.

Según lo descrito, esta investigación se planteó como objetivo describir la relación entre las estrategias de afrontamiento y la presencia de ansiedad asociada a emergencias sanitarias, teniendo como contexto la crisis por COVID-19

en estudiantes de ciencias de la salud, de una Institución de Educación Superior (IES) de Bogotá, Colombia.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio y grupo diana: Estudio de corte transversal⁽²⁰⁾ realizado en una IES de Bogotá, Colombia, seleccionada entre las que contaban con acreditación institucional de alta calidad. Los estudiantes debían pertenecer a programas del área de la salud, también con acreditación de alta calidad y que hubieran realizado práctica clínica durante la pandemia Covid-19.

Procedimiento de selección y muestra: Cumplieron criterios de calidad los programas de Enfermería, Instrumentación Quirúrgica y Medicina, de los que se tomó la muestra de participantes. Para controlar el sesgo de subordinación, uno de los investigadores, que no cumplía actividades de docencia en los programas señalados, socializó el proyecto, explicó y resolvió dudas acerca de los objetivos y condiciones de participación. Adicionalmente, se implementó una campaña de expectativa, mediada a través del correo electrónico institucional, durante los meses de septiembre y octubre de 2022, en la que se presentaban los criterios de inclusión: haber realizado práctica en entorno clínico durante la emergencia sanitaria por COVID 19, ser mayor de edad y encontrarse formalmente matriculado. Quienes se encontraban interesados en participar lo manifestaban a través de un formato Google incluido en el correo electrónico y posteriormente fueron contactados con el propósito de aclarar dudas frente al objetivo, alcance del estudio, previo a la firma del consentimiento informado. Se excluyeron estudiantes que al momento de la recolección de la información refirieron diagnóstico o proceso de tratamiento en salud mental o con diagnóstico de infección por COVID 19 o sintomáticos presuntivos. Del total de los estudiantes de los 3 programas (456), aplicados los criterios de inclusión, exclusión y previo consentimiento informado, finalmente participó una muestra de 61 estudiantes.

Teniendo en cuenta que uno de los sesgos hacía referencia a la memoria, se solicitó a los par-

ticipantes, previo a responder los instrumentos, evocar el contexto de su práctica, utilizando una línea de tiempo de manera que les facilitara reconocer hechos y sentimientos relevantes en ese periodo. Frente al riesgo de deseabilidad de la respuesta, ambos instrumentos fueron enviados por correo electrónico junto con las preguntas de caracterización. Con el propósito de minimizar sesgos de aceptabilidad, atenuar el riesgo de incidir en el índice de respuesta y el reconocimiento de otros participantes, que podría afectar la respuesta, la comunicación se realizó de manera individualizada, sin copia o copia oculta, a través de un correo institucional genérico.

Recolección de datos: La recolección de datos se realizó por aplicación autodiligenciada. La Escala de Ansiedad por Coronavirus (*Coronavirus Anxiety Scale (CAS)*) es un instrumento de cribado de salud mental de autoinforme que evalúa la ansiedad disfuncional asociada a la crisis por coronavirus; desarrollada para identificar eficientemente los casos de personas con trastornos funcionales por ansiedad relacionada con el coronavirus, en razón a que otras emergencias en salud se han identificado como asociadas a altos niveles de ansiedad. El instrumento fue validado para Colombia⁽²¹⁾ y se encuentra de uso libre. Cada elemento de la CAS se clasifica en una escala de 5 puntos, de 0 (nada) a 4 (casi todos los días). La puntuación total de la CAS ≥ 9 indica una probable ansiedad disfuncional relacionada con el coronavirus, por debajo de este puntaje no se considera sugestivo de ansiedad.

La Escala de Estrategias de *Coping*-Modificada (EEC-M) fue validada para Colombia por Londoño et al.⁽²²⁾. Para la selección de ítems representativos de la EEC-M se implementó un consenso nominal de expertos y posteriormente se realizó una comparación exploratoria de las medianas de cada componente, de una muestra ($n= 893$) y los datos de esta investigación ($n= 61$) con el propósito de verificar equivalencia. Los ítems de la EEC-M se valoran en escala Likert, de 1 (nunca) a 6 (siempre), cada pregunta se relaciona con una dimensión de afrontamiento determinada y el análisis se realizó, en este caso, teniendo en cuenta el valor total del puntaje de la estrategia.

Análisis de datos: Se utilizaron técnicas estadísticas apropiadas a la cantidad y tipo de datos y se consideraron las múltiples interpretaciones de los resultados, entre ellas las derivadas de la revisión de pares externos que condujeron a la revisión total del documento. No fue necesario el reemplazo de participantes ni manejo de datos ausentes dado que la tasa completitud en la población de estudio fue del 100 %.

La depuración y análisis se realizó con el programa estadístico para ciencias sociales SPSS versión 29. Las variables cualitativas se analizaron por medio de frecuencias absolutas y porcentuales y las variables cuantitativas mediante promedios y desviaciones estándar. Para determinar las asociaciones se utilizó la prueba Chi cuadrado de Pearson, los intervalos de confianza fueron al 95%. Para el análisis multivariado se utilizó la Regresión Binomial Negativa y el nivel de significancia fue al 0,05.

Aspectos éticos: El estudio fue de bajo riesgo según la Resolución 8430 de 1993⁽²³⁾ y avalado por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad El Bosque, acta 016 2022 del 19 de agosto de 2022.

RESULTADOS

Características Sociodemográficas de los estudiantes (Tabla 1): De los 61 participantes, 20 (32,8%) eran de Enfermería, 26 (42,6%) de Instrumentación Quirúrgica y 15 (24,6%) de Medicina. El sexo predominante fue mujer (83,6%), la edad más frecuente fue de 21 a 25 años (68,9%), el estado civil más frecuente fue soltero (90,2%), el semestre IV de formación fue el más predominante (67,2%) y la convivencia que más se presentó fue con ambos padres (55,7%).

Caracterización del Afrontamiento de estudiantes (Tabla 2): En términos relativos, considerando las respuestas de los estudiantes de los tres programas académicos, lo más frecuente fue Nunca o Casi Nunca (70,5% / 43) "Busqué ayuda profesional para que me guiaran y orientaran"; esta característica tuvo el mismo comportamiento en los tres programas: Instrumentación Quirúrgica (69,2% / 26), Enfermería (70% / 14) y Medicina (73,3% / 15); seguido de Nunca o Casi Nunca (62,3% / 38) "Procuré conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional", ambas características componentes de la dimensión "Búsqueda de Apoyo Profesional".

Adicional a los anteriores resultados, a nivel de programas para Enfermería lo que más predominó fue en Nunca o Casi Nunca (75% / 15) "Me comporte de forma hostil con los demás" de la dimensión Reacción Agresiva "Intente ver los aspectos positivos del problema" A veces frecuentemente (70% / 14); para Instrumentación Quirúrgica en la dimensión Reevaluación Positiva característica "Intente sacar algo positivo del problema" A veces-frecuentemente (53,8% / 14) y de la dimensión Reacción Agresiva "me comporté de forma hostil con los demás" Nunca-casi nunca (53,8% / 14); para el programa de Medicina "trate de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos" A veces-frecuentemente (66,7% / 10) de la dimensión solución de problemas y "traté de comportarme como si nada hubiera pasado" A veces-frecuentemente (66,7% / 10) de la dimensión Negación.

Cabe resaltar, que en la dimensión *reevaluación positiva* la característica "Intenté ver los aspectos positivos del problema" tuvo diferencias estadísticamente significativas entre programas ($p < 0.05$) en donde *casi siempre o siempre fue* mayor en Medicina (66,7%) frente a Enfermería (25%) e Instrumentación Quirúrgica (34,6%).

Tabla 1. Características sociodemográficas de estudiantes del área salud, según Programa Académico de una IES, Bogotá, Colombia, 2022 (n= 61).

| Variables sociodemográficas | | Programa Académico | | | | | | Total | |
|-----------------------------|--------------------|--------------------|----|-------------------|------|----------|------|-------|-------|
| | | Enfermería | | Instr. Quirúrgica | | Medicina | | | |
| | | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Sexo | Hombre | 5 | 25 | 3 | 11,5 | 2 | 13,3 | 10 | 16,39 |
| | Mujer | 15 | 75 | 23 | 88,5 | 13 | 86,7 | 51 | 83,61 |
| Edad* | ≤ 20 años | 0 | 0 | 11 | 42,3 | 1 | 6,7 | 12 | 19,67 |
| | 21 a 25 años | 16 | 80 | 13 | 50 | 13 | 86,7 | 42 | 68,85 |
| | ≥ 26 años | 4 | 20 | 2 | 7,7 | 1 | 6,7 | 7 | 11,48 |
| Estado civil | Casado (a) | 0 | 0 | 1 | 3,8 | 0 | 0 | 1 | 1,64 |
| | Soltero (a) | 19 | 95 | 22 | 84,6 | 14 | 93,3 | 55 | 90,16 |
| | Unión libre | 1 | 5 | 3 | 11,5 | 1 | 6,7 | 5 | 8,2 |
| Semestre | IV | 6 | 30 | 23 | 88,5 | 12 | 80 | 41 | 67,21 |
| | V | 11 | 55 | 1 | 3,8 | 0 | 0 | 12 | 19,67 |
| | VI | 1 | 5 | 1 | 3,8 | 2 | 13,3 | 4 | 6,56 |
| | VII | 1 | 5 | 1 | 3,8 | 0 | 0 | 2 | 3,28 |
| | VIII | 1 | 5 | 0 | 0 | 1 | 6,7 | 2 | 3,28 |
| Convivencia | Ambos Padres | 10 | 50 | 15 | 57,7 | 9 | 60 | 34 | 55,74 |
| | Familia de acogida | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1,64 |
| | Hermanos | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1,64 |
| | Madre | 5 | 25 | 6 | 23,1 | 5 | 33,3 | 16 | 26,23 |
| | Otro | 1 | 5 | 2 | 7,7 | 0 | 0 | 3 | 4,92 |
| | Padre | 1 | 5 | 2 | 7,7 | 0 | 0 | 3 | 4,92 |
| | Solo | 1 | 5 | 1 | 3,8 | 1 | 6,7 | 3 | 4,92 |

*Edad promedio= 22.49 ±2.9 años, rango= 18-33, variabilidad medianamente heterogénea (CV= 12,9%).

Tabla 2. Caracterización de los estudiantes del área salud, matriculados en una IES, según Afrontamiento y Programa Académico, Bogotá, Colombia, 2022 (n=61).

| Afrontamiento | | | Programa Académico | | | | | | | |
|--|---|------------------------|-----------------------|--|----------------------------|------|----------|------|-------|------|
| Dimensión | Característica | Respuesta | Enfermería | | Instrumentación Quirúrgica | | Medicina | | Total | |
| | | | f | % | f | % | f | % | f | % |
| | | | Solución de Problemas | Esperé el momento oportuno para resolver el problema | Nunca-Casi nunca | 4 | 20 | 8 | 30,8 | 2 |
| A veces-Frecuentemente | 11 | 55 | | | 13 | 50 | 7 | 46,7 | 31 | 50,8 |
| Casi siempre-siempre | 5 | 25 | | | 5 | 19,2 | 6 | 40 | 16 | 26,2 |
| Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo | Nunca-Casi nunca | 10 | | 50 | 10 | 38,5 | 6 | 40 | 26 | 42,6 |
| | A veces-Frecuentemente | 7 | | 35 | 7 | 26,9 | 7 | 46,7 | 21 | 34,4 |
| | Casi siempre-siempre | 3 | | 15 | 9 | 34,6 | 2 | 13,3 | 14 | 23 |
| Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados | Nunca-Casi nunca | 9 | | 45 | 6 | 23,1 | 4 | 26,7 | 19 | 31,1 |
| | A veces-Frecuentemente | 9 | | 45 | 13 | 50 | 10 | 66,7 | 32 | 52,5 |
| | Casi siempre-siempre | 2 | | 10 | 7 | 26,9 | 1 | 6,7 | 10 | 16,4 |
| Búsqueda de Apoyo Social | Le conté a familiares o amigos cómo me sentía | Nunca-Casi nunca | 6 | 30 | 12 | 46,2 | 4 | 26,7 | 22 | 36,1 |
| | | A veces-Frecuentemente | 12 | 60 | 7 | 26,9 | 7 | 46,7 | 26 | 42,6 |
| | | Casi siempre-siempre | 2 | 10 | 7 | 26,9 | 4 | 26,7 | 13 | 21,3 |
| | Pedí consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema | Nunca-Casi nunca | 9 | 45 | 13 | 50 | 5 | 33,3 | 27 | 44,3 |
| | | A veces-Frecuentemente | 8 | 40 | 9 | 34,6 | 7 | 46,7 | 24 | 39,3 |
| | | Casi siempre-siempre | 3 | 15 | 4 | 15,4 | 3 | 20 | 10 | 16,4 |
| Espera | Esperé que la solución llegará sola | Nunca-Casi nunca | 6 | 30 | 6 | 23,1 | 1 | 6,7 | 13 | 21,3 |
| | | A veces-Frecuentemente | 7 | 35 | 11 | 42,3 | 10 | 66,7 | 28 | 45,9 |
| | | Casi siempre-siempre | 7 | 35 | 9 | 34,6 | 4 | 26,7 | 20 | 32,8 |
| | Pensé que con el paso del tiempo el problema se solucionaría | Nunca-Casi nunca | 3 | 15 | 3 | 11,5 | 0 | 0 | 6 | 9,8 |
| | | A veces-Frecuentemente | 9 | 45 | 13 | 50 | 9 | 60 | 31 | 50,8 |
| | | Casi siempre-siempre | 8 | 40 | 10 | 38,5 | 6 | 40 | 24 | 39,3 |
| Religión | Asistí a la iglesia | Nunca-Casi nunca | 11 | 55 | 17 | 65,4 | 8 | 53,3 | 36 | 59 |
| | | A veces-Frecuentemente | 6 | 30 | 5 | 19,2 | 3 | 20 | 14 | 23 |
| | | Casi siempre-siempre | 3 | 15 | 4 | 15,4 | 4 | 26,7 | 11 | 18 |
| | Tuve fe en que pudiera ocurrir algún milagro | Nunca-Casi nunca | 7 | 35 | 10 | 38,5 | 6 | 40 | 23 | 37,7 |
| | | A veces-Frecuentemente | 7 | 35 | 11 | 42,3 | 7 | 46,7 | 25 | 41 |
| | | Casi siempre-siempre | 6 | 30 | 5 | 19,2 | 2 | 13,3 | 13 | 21,3 |
| Evitación Emocional | Procuré guardar para mí los sentimientos | Nunca-Casi nunca | 6 | 30 | 0 | 0 | 3 | 20 | 9 | 14,8 |
| | | A veces-Frecuentemente | 6 | 30 | 12 | 46,2 | 5 | 33,3 | 23 | 37,7 |
| | | Casi siempre-siempre | 8 | 40 | 14 | 53,8 | 7 | 46,7 | 29 | 47,5 |
| | Procuré que los otros no se dieran cuenta de lo que sentía | Nunca-Casi nunca | 4 | 20 | 6 | 23,1 | 2 | 13,3 | 12 | 19,7 |
| | | A veces-Frecuentemente | 11 | 55 | 10 | 38,5 | 6 | 40 | 27 | 44,3 |
| | | Casi siempre-siempre | 5 | 25 | 10 | 38,5 | 7 | 46,7 | 22 | 36,1 |

Continuación Tabla 2.

| Afrontamiento | | | Programa Académico | | | | | | | |
|---|--|------------------------|-------------------------------|--|----------------------------|------|----------|------|-------|------|
| Dimensión | Característica | Respuesta | Enfermería | | Instrumentación Quirúrgica | | Medicina | | Total | |
| | | | f | % | f | % | f | % | f | % |
| | | | Búsqueda de Apoyo Profesional | Procuré conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional | Nunca-Casi nunca | 13 | 65 | 14 | 53,8 | 11 |
| A veces-Frecuentemente | 3 | 15 | | | 7 | 26,9 | 4 | 26,7 | 14 | 23 |
| Casi siempre-siempre | 4 | 20 | | | 5 | 19,2 | 0 | 0 | 9 | 14,8 |
| Busqué ayuda profesional para que me guiaran y orientaran | Nunca-Casi nunca | 14 | | 70 | 18 | 69,2 | 11 | 73,3 | 43 | 70,5 |
| | A veces-Frecuentemente | 4 | | 20 | 6 | 23,1 | 3 | 20 | 13 | 21,3 |
| | Casi siempre-siempre | 2 | | 10 | 2 | 7,7 | 1 | 6,7 | 5 | 8,2 |
| Reacción Agresiva | Descargué mi mal humor con los demás | Nunca-Casi nunca | 13 | 65 | 14 | 53,8 | 7 | 46,7 | 34 | 55,7 |
| | | A veces-Frecuentemente | 6 | 30 | 7 | 26,9 | 5 | 33,3 | 18 | 29,5 |
| | | Casi siempre-siempre | 1 | 5 | 5 | 19,2 | 3 | 20 | 9 | 14,8 |
| | Me comporté de forma hostil con los demás | Nunca-Casi nunca | 15 | 75 | 15 | 57,7 | 9 | 60 | 39 | 63,9 |
| | | A veces-Frecuentemente | 3 | 15 | 7 | 26,9 | 4 | 26,7 | 14 | 23 |
| | | Casi siempre-siempre | 2 | 10 | 4 | 15,4 | 2 | 13,3 | 8 | 13,1 |
| Reevaluación Positiva | *Intenté ver los aspectos positivos del problema | Nunca-Casi nunca | 1 | 5 | 5 | 19,2 | 1 | 6,7 | 7 | 11,5 |
| | | A veces-Frecuentemente | 14 | 70 | 12 | 46,2 | 4 | 26,7 | 30 | 49,2 |
| | | Casi siempre-siempre | 5 | 25 | 9 | 34,6 | 10 | 66,7 | 24 | 39,3 |
| | Intenté sacar algo positivo del problema | Nunca-Casi nunca | 2 | 10 | 4 | 15,4 | 1 | 6,7 | 7 | 11,5 |
| | | A veces-Frecuentemente | 9 | 45 | 14 | 53,8 | 5 | 33,3 | 28 | 45,9 |
| | | Casi siempre-siempre | 9 | 45 | 8 | 30,8 | 9 | 60 | 26 | 42,6 |
| Negación | Traté de comportarme como si nada hubiera pasado | Nunca-Casi nunca | 3 | 15 | 7 | 26,9 | 1 | 6,7 | 11 | 18 |
| | | A veces-Frecuentemente | 12 | 60 | 12 | 46,2 | 10 | 66,7 | 34 | 55,7 |
| | | Casi siempre-siempre | 5 | 25 | 7 | 26,9 | 4 | 26,7 | 16 | 26,2 |
| | Me alejé del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.) | Nunca-Casi nunca | 11 | 55 | 12 | 46,2 | 8 | 53,3 | 31 | 50,8 |
| | | A veces-Frecuentemente | 7 | 35 | 11 | 42,3 | 6 | 40 | 24 | 39,3 |
| | | Casi siempre-siempre | 2 | 10 | 3 | 11,5 | 1 | 6,7 | 6 | 9,8 |
| | Procuré no pensar en el problema | Nunca-Casi nunca | 5 | 25 | 6 | 23,1 | 3 | 20 | 14 | 23 |
| | | A veces-Frecuentemente | 12 | 60 | 10 | 38,5 | 8 | 53,3 | 30 | 49,2 |
| | | Casi siempre-siempre | 3 | 15 | 10 | 38,5 | 4 | 26,7 | 17 | 27,9 |

*Nivel de significancia al 0.05.

Caracterización de Ansiedad por programa académico (Tabla 3): La aplicación del CAS evidencia que la mayoría de los participantes, de los tres programas, no alcanzaron un puntaje que permita inferir presencia sugestiva de ansiedad (73,8% / 45) y por programa se identifica a Enfermería con un 70%, Instrumentación Quirúrgica con 73,07% y Medicina con 86,7%. Respecto a la presencia sugestiva de ansiedad, puntaje total igual o mayor a 9, presenta una prevalencia del 26,2% en el grupo total, siendo mayor en Enfermería (30% / 6), seguida de Instrumentación Quirúrgica (26,9% / 7) y Medicina (20% / 3).

Las puntuaciones de los ítems de la escala que identifican la frecuencia de síntomas fisiológicos, la mayor frecuencia en "Mas de 7 días – Casi todos los días" corresponde al ítem *Me sentí mareado o sin aliento cuando leí o escuché las noticias sobre el coronavirus* (27,9% / 17), seguido de *Tuve dificultad para conciliar el sueño o quedarme dormido porque estaba pensando en el coronavirus* que en el mismo rango "Mas de 7 días – Casi todos los días" (21,3% / 13), síntoma que es reportado en su mayoría por estudiantes de Instrumentación Quirúrgica.

El ítem con diferencias estadísticamente significativas entre los programas fue: "Tuve dificultad para conciliar el sueño o quedarme dormido porque estaba pensando en el coronavirus" en donde los estudiantes de Medicina en las categorías más de 7 días y casi todos los días, no reportaron respuestas (0%).

Factores Asociados: Se encontró asociación con el sexo ($p < 0,05$) entre "Esperé que la solución llegara sola" en donde *a veces o frecuentemente* en hombres fue de 20% y en mujeres el 51%;

también con "Procuré que los otros no se dieran cuenta de lo que sentía" en hombres con un 80% y mujeres 37,3%. Con **ansiedad** ($p < 0,05$) se encontró asociación con "Intenté ver los aspectos positivos del problema" en donde *a veces o frecuentemente* entre los que tuvieron ansiedad fue 56,3% frente a 42,2%; "Intenté sacar algo positivo del problema" en donde *a veces o frecuentemente* entre los que tuvieron ansiedad fue 56,3% frente a 42,2%; "Me alejé del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)" en donde *a veces o frecuentemente* entre los que tuvieron ansiedad fue 18,8% frente a 46,7%. **Edad** ($p < 0,05$) tuvo asociación con "Intente ver los aspectos positivos del problema" en donde *a veces o frecuentemente* en ≤ 20 años con un 41,7%, 21 a 25 años con un 47,6% y ≥ 26 años con un 71,4%. Se encontró asociación con **estado civil** ($p < 0,05$) el "Me comporte de forma hostil con los demás" en donde *a veces o frecuentemente* en solteros fue de 23,6% y en otros con un 16,7%. **Convivencia** ($p < 0,05$) estuvo asociado con "Tuve fe en que pudiera ocurrir algún milagro" en donde *a veces o frecuentemente* en ambos padres fue de 47,1%, con uno de los padres con 42,1% y otro tipo de convivencia con un 12,5% (Tabla 4).

Controlando las variables sociodemográficas y las preguntas asociadas bivariadas de afrontamiento con presencia sugestiva de ansiedad: *nunca o casi nunca* "Intenté sacar algo positivo del problema", tuvo un riesgo 9,8 veces mayor frente a *casi siempre o siempre* de tener presencia sugestiva de ansiedad; *nunca o casi nunca* me alejé del problema tuvo un riesgo 7,43 veces mayor frente a *a veces o frecuentemente* de tener presencia sugestiva de ansiedad (Tabla 5).

Tabla 3. Caracterización de Ansiedad asociada a la emergencia por COVID-19, según aplicación del CAS en estudiantes del área de la salud de una institución de educación superior de Colombia (n= 61).

| Item de la Escala | opciones de respuesta | Enfermería | | I Qx | | Medicina | | valor p | Total | |
|--|---|------------|------|------|------|----------|------|---------|-------|------|
| | | f | % | f | % | f | % | | f | % |
| Me sentí mareado, aturdido o sin aliento cuando leí o escuché las noticias sobre el coronavirus | Para nada | 7 | 35,0 | 11 | 42,3 | 4 | 26,7 | 0,941 | 22 | 36,1 |
| | Rara vez, menos de un día o dos | 5 | 25,0 | 7 | 26,9 | 5 | 33,3 | | 17 | 27,9 |
| | Varios días | 3 | 15,0 | 3 | 11,5 | 4 | 26,7 | | 10 | 16,4 |
| | Mas de 7 días | 3 | 15,0 | 3 | 11,5 | 1 | 6,7 | | 7 | 11,5 |
| | Casi todos los días durante las dos últimas semanas | 2 | 10,0 | 2 | 7,7 | 1 | 6,7 | | 5 | 8,2 |
| * Tuve dificultad para conciliar el sueño o quedarme dormido porque estaba pensando en el coronavirus. | Para nada | 12 | 60,0 | 9 | 34,6 | 5 | 33,3 | 0,067 | 26 | 42,6 |
| | Rara vez, menos de un día o dos | 2 | 10,0 | 5 | 19,2 | 8 | 53,3 | | 15 | 24,6 |
| | Varios días | 3 | 15,0 | 2 | 7,7 | 2 | 13,3 | | 7 | 11,5 |
| | Mas de 7 días | 2 | 10,0 | 6 | 23,1 | 0 | 0,0 | | 8 | 13,1 |
| | Casi todos los días durante las dos últimas semanas | 1 | 5,0 | 4 | 15,4 | 0 | 0,0 | | 5 | 8,2 |
| Me sentí paralizado o frío cuando pensé o estuve expuesto a información sobre el coronavirus | Para nada | 9 | 45,0 | 9 | 34,6 | 7 | 46,7 | 0,994 | 25 | 41,0 |
| | Rara vez, menos de un día o dos | 5 | 25,0 | 7 | 26,9 | 3 | 20,0 | | 15 | 24,6 |
| | Varios días | 3 | 15,0 | 5 | 19,2 | 3 | 20,0 | | 11 | 18,0 |
| | Mas de 7 días | 2 | 10,0 | 3 | 11,5 | 1 | 6,7 | | 6 | 9,8 |
| | Casi todos los días durante las dos últimas semanas | 1 | 5,0 | 2 | 7,7 | 1 | 6,7 | | 4 | 6,6 |
| Perdí el interés en comer cuando pensé o estuve expuesto a información sobre el coronavirus. | Para nada | 12 | 60,0 | 16 | 61,5 | 11 | 73,3 | 0,106 | 39 | 63,9 |
| | Rara vez, menos de un día o dos | 3 | 15,0 | 4 | 15,4 | 4 | 26,7 | | 11 | 18,0 |
| | Varios días | 5 | 25,0 | 2 | 7,7 | 0 | 0,0 | | 7 | 11,5 |
| | Mas de 7 días | 0 | 0,0 | 2 | 7,7 | 0 | 0,0 | | 2 | 3,3 |
| | Casi todos los días durante las dos últimas semanas | 0 | 0,0 | 2 | 7,7 | 0 | 0,0 | | 2 | 3,3 |
| Sentí náuseas o problemas estomacales cuando pensé o estuve expuesto a información sobre el coronavirus. | Para nada | 11 | 55,0 | 14 | 53,8 | 9 | 60,0 | 0,824 | 34 | 55,7 |
| | Rara vez, menos de un día o dos | 4 | 20,0 | 5 | 19,2 | 3 | 20,0 | | 12 | 19,7 |
| | Varios días | 3 | 15,0 | 3 | 11,5 | 2 | 13,3 | | 8 | 13,1 |
| | Mas de 7 días | 0 | 0,0 | 2 | 7,7 | 1 | 6,7 | | 3 | 4,9 |
| | Casi todos los días durante las dos últimas semanas | 2 | 10,0 | 2 | 7,7 | 0 | 0,0 | | 4 | 6,6 |
| Ansiedad | No (puntaje < a 9) | 14 | 70,0 | 19 | 73,1 | 12 | 80,0 | 0,425 | 45 | 73,7 |
| | Si (puntaje > a 9) | 6 | 30,0 | 7 | 26,9 | 3 | 20,0 | | 16 | 26,2 |

*Nivel de significancia al 0,05.

Tabla 4. Afrontamiento, Características sociodemográficas y Ansiedad en estudiantes del área de la salud de una institución de educación superior de Colombia (n= 61).

| Afrontamiento | Género | | | Edad | | | | | | Estado Civil | | | Convivencia | | | Ansiedad | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------|-----|------|-----------|------------|-----------|--------|---------|---------------|-----------------------|------|------|-------------|------|------|----------|-------|-------|------|------|------|------|------|-------|-------|------|------|------|-------|--------|
| | Cat | Fem | Masc | ≤ 20 años | 21-25 años | ≥ 26 años | Casado | Soltero | Amigos padres | Uno de los dos padres | Otro | No | Si | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | f | % | p | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | p | | | | | | | | | | | | |
| Esperé el momento oportuno para resolver el problema | N/N | 11 | 21,6 | 3 | 30 | 6 | 50 | 7 | 16,7 | 1 | 14,3 | 1 | 16,7 | 13 | 23,6 | 5 | 14,7 | 8 | 42,1 | 1 | 12,5 | 6 | 23,1 | 8 | 22,9 | | | | | |
| | V/Fe | 26 | 51 | 5 | 50 | 0,804 | 5 | 41,7 | 22 | 52,4 | 4 | 57,1 | 0,142 | 3 | 50 | 28 | 50,9 | 0,885 | 19 | 55,9 | 8 | 42,1 | 4 | 50 | 0,185 | 15 | 57,7 | 16 | 45,7 | 0,531 |
| | S/S | 14 | 27,5 | 2 | 20 | 1 | 8,3 | 13 | 31 | 2 | 28,6 | 2 | 33,3 | 14 | 25,5 | 10 | 29,4 | 3 | 15,8 | 3 | 37,5 | 5 | 19,2 | 11 | 31,4 | | | | | |
| Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo | N/N | 21 | 41,2 | 5 | 50 | 6 | 50 | 19 | 45,2 | 1 | 14,3 | 2 | 33,3 | 24 | 43,6 | 13 | 38,2 | 9 | 47,4 | 4 | 50 | 15 | 57,7 | 11 | 31,4 | | | | | |
| | V/Fe | 17 | 33,3 | 4 | 40 | 0,567 | 4 | 33,3 | 13 | 31 | 4 | 57,1 | 0,548 | 3 | 50 | 18 | 32,7 | 0,698 | 13 | 38,2 | 5 | 26,3 | 3 | 37,5 | 0,85 | 7 | 26,9 | 14 | 40 | 0,117 |
| | S/S | 13 | 25,5 | 1 | 10 | 2 | 16,7 | 10 | 23,8 | 2 | 28,6 | 1 | 16,7 | 13 | 23,6 | 8 | 23,5 | 5 | 26,3 | 1 | 12,5 | 4 | 15,4 | 10 | 28,6 | | | | | |
| Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados | N/N | 16 | 31,4 | 3 | 30 | 4 | 33,3 | 14 | 33,3 | 1 | 14,3 | 0 | 0 | 19 | 34,5 | 10 | 29,4 | 6 | 31,6 | 3 | 37,5 | 8 | 30,8 | 11 | 31,4 | | | | | |
| | V/Fe | 26 | 51 | 6 | 60 | 0,805 | 7 | 58,3 | 21 | 50 | 4 | 57,1 | 0,738 | 5 | 83,3 | 27 | 49,1 | 0,194 | 19 | 55,9 | 9 | 47,4 | 4 | 50 | 0,951 | 16 | 61,5 | 16 | 45,7 | 0,246 |
| | S/S | 9 | 17,6 | 1 | 10 | 1 | 8,3 | 7 | 16,7 | 2 | 28,6 | 1 | 16,7 | 9 | 16,4 | 5 | 14,7 | 4 | 21,1 | 1 | 12,5 | 2 | 7,7 | 8 | 22,9 | | | | | |
| Le conté a familiares o amigos cómo me sentía | N/N | 21 | 41,2 | 1 | 10 | 7 | 58,3 | 14 | 33,3 | 1 | 14,3 | 2 | 33,3 | 20 | 36,4 | 13 | 38,2 | 8 | 42,1 | 1 | 12,5 | 12 | 46,2 | 10 | 28,6 | | | | | |
| | V/Fe | 19 | 37,3 | 7 | 70 | 0,113 | 2 | 16,7 | 20 | 47,6 | 4 | 57,1 | 0,24 | 3 | 50 | 23 | 41,8 | 0,92 | 15 | 44,1 | 5 | 26,3 | 6 | 75 | 0,193 | 13 | 50 | 13 | 37,1 | 0,015* |
| | S/S | 11 | 21,6 | 2 | 20 | 3 | 25 | 8 | 19 | 2 | 28,6 | 1 | 16,7 | 12 | 21,8 | 6 | 17,6 | 6 | 31,6 | 1 | 12,5 | 1 | 3,8 | 12 | 34,3 | | | | | |
| Pedí consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema | N/N | 22 | 43,1 | 5 | 50 | 7 | 58,3 | 20 | 47,6 | 0 | 0 | 4 | 66,7 | 23 | 41,8 | 13 | 38,2 | 11 | 57,9 | 3 | 37,5 | 14 | 53,8 | 13 | 37,1 | | | | | |
| | V/Fe | 20 | 39,2 | 4 | 40 | 0,823 | 3 | 25 | 15 | 35,7 | 6 | 85,7 | 0,079 | 1 | 16,7 | 23 | 41,8 | 0,444 | 15 | 44,1 | 7 | 36,8 | 2 | 25 | 0,244 | 9 | 34,6 | 15 | 42,9 | 0,397 |
| | S/S | 9 | 17,6 | 1 | 10 | 2 | 16,7 | 7 | 16,7 | 1 | 14,3 | 1 | 16,7 | 9 | 16,4 | 6 | 17,6 | 1 | 5,3 | 3 | 37,5 | 3 | 11,5 | 7 | 20 | | | | | |
| Esperé que la solución llegara sola | N/N | 8 | 15,7 | 5 | 50 | 2 | 16,7 | 7 | 16,7 | 4 | 57,1 | 1 | 16,7 | 12 | 21,8 | 6 | 17,6 | 4 | 21,1 | 3 | 37,5 | 5 | 19,2 | 8 | 22,9 | | | | | |
| | V/Fe | 26 | 51 | 2 | 20 | 0,041* | 5 | 41,7 | 20 | 3 | 42,9 | 0,11 | 5 | 83,3 | 23 | 41,8 | 0,118 | 18 | 52,9 | 8 | 42,1 | 2 | 25 | 0,617 | 10 | 38,5 | 18 | 51,4 | 0,388 | |
| | S/S | 17 | 33,3 | 3 | 30 | 5 | 41,7 | 15 | 35,7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 20 | 36,4 | 10 | 29,4 | 7 | 36,8 | 3 | 37,5 | 11 | 42,3 | 9 | 25,7 | | | | | |
| Pensé que con el paso del tiempo el problema se solucionaría | N/N | 5 | 9,8 | 1 | 10 | 2 | 16,7 | 3 | 7,1 | 1 | 14,3 | 1 | 16,7 | 5 | 9,1 | 2 | 5,9 | 2 | 10,5 | 2 | 25 | 1 | 3,8 | 5 | 14,3 | | | | | |
| | V/Fe | 26 | 51 | 5 | 50 | 0,998 | 5 | 41,7 | 21 | 50 | 5 | 71,4 | 0,546 | 5 | 83,3 | 26 | 47,3 | 0,115 | 18 | 52,9 | 11 | 57,9 | 2 | 25 | 0,375 | 14 | 53,8 | 17 | 48,6 | 0,399 |
| | S/S | 20 | 39,2 | 4 | 40 | 5 | 41,7 | 18 | 42,9 | 1 | 14,3 | 0 | 0 | 24 | 43,6 | 14 | 41,2 | 6 | 31,6 | 4 | 50 | 11 | 42,3 | 13 | 37,1 | | | | | |

Continuación Tabla 4.

| Afrontamiento | Género | | Edad | | | | | | Estado Civil | | | | | | Convivencia | | | | | | Ansiedad | | | | | | | | | |
|--|--------|-----|------|---|-----------|-------|------------|------|--------------|------|--------|------|---------|----|--------------|----|-----------------------|-------|------|------|----------|------|------|------|-------|----|------|----|------|-------|
| | Cat | Fem | Masc | | ≤ 20 años | | 21-25 años | | ≥ 26 años | | Casado | | Soltero | | Ambos padres | | Uno de los dos padres | | Otro | | No | | Sí | | | | | | | |
| | | | f | % | f | % | p | % | f | % | f | % | p | % | f | % | f | % | f | % | f | % | p | % | f | % | p | % | | |
| Asistí a la iglesia | N/N | 29 | 56,9 | 7 | 70 | 6 | 50 | 27 | 64,3 | 3 | 42,9 | 5 | 83,3 | 31 | 56,4 | 20 | 58,8 | 11 | 57,9 | 5 | 62,5 | 16 | 61,5 | 20 | 57,1 | | | | | |
| | V/Fe | 12 | 23,5 | 2 | 20 | 0,698 | 3 | 25 | 8 | 19 | 3 | 42,9 | 0,626 | 0 | 0 | 14 | 25,5 | 0,333 | 6 | 17,6 | 5 | 26,3 | 3 | 37,5 | 0,504 | 5 | 19,2 | 9 | 25,7 | 0,836 |
| | S/S | 10 | 19,6 | 1 | 10 | 3 | 25 | 7 | 16,7 | 1 | 14,3 | 1 | 16,7 | 10 | 18,2 | 8 | 23,5 | 3 | 15,8 | 0 | 0 | 5 | 19,2 | 6 | 17,1 | | | | | |
| Tuve fe en que pudiera ocurrir algún milagro | N/N | 18 | 35,3 | 5 | 50 | 2 | 16,7 | 18 | 42,9 | 3 | 42,9 | 1 | 16,7 | 22 | 40 | 8 | 23,5 | 9 | 47,4 | 6 | 75 | 8 | 30,8 | 15 | 42,9 | | | | | |
| | V/Fe | 21 | 41,2 | 4 | 40 | 0,549 | 8 | 66,7 | 13 | 31 | 4 | 57,1 | 0,124 | 5 | 83,3 | 20 | 36,4 | 0,078 | 16 | 47,1 | 8 | 42,1 | 1 | 12,5 | ,050* | 13 | 50 | 12 | 34,3 | 0,456 |
| | S/S | 12 | 23,5 | 1 | 10 | 2 | 16,7 | 11 | 26,2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 13 | 23,6 | 10 | 29,4 | 2 | 10,5 | 1 | 12,5 | 5 | 19,2 | 8 | 22,9 | | | | | |
| Procuré guardar para mí los sentimientos | N/N | 7 | 13,7 | 2 | 20 | 1 | 8,3 | 7 | 16,7 | 1 | 14,3 | 0 | 0 | 9 | 16,4 | 4 | 11,8 | 4 | 21,1 | 1 | 12,5 | 5 | 19,2 | 4 | 11,4 | | | | | |
| | V/Fe | 17 | 33,3 | 6 | 60 | 0,157 | 3 | 25 | 16 | 38,1 | 4 | 57,1 | 0,532 | 2 | 33,3 | 21 | 38,2 | 0,466 | 12 | 35,3 | 7 | 36,8 | 4 | 50 | 0,806 | 10 | 38,5 | 13 | 37,1 | 0,643 |
| | S/S | 27 | 52,9 | 2 | 20 | 8 | 66,7 | 19 | 45,2 | 2 | 28,6 | 4 | 66,7 | 25 | 45,5 | 18 | 52,9 | 8 | 42,1 | 3 | 37,5 | 11 | 42,3 | 18 | 51,4 | | | | | |
| Procuré que los otros no se dieran cuenta de lo que sentía | N/N | 11 | 21,6 | 1 | 10 | 3 | 25 | 9 | 21,4 | 0 | 0 | 1 | 16,7 | 11 | 20 | 5 | 14,7 | 5 | 26,3 | 2 | 25 | 6 | 23,1 | 6 | 17,1 | | | | | |
| | V/Fe | 19 | 37,3 | 8 | 80 | ,043* | 4 | 33,3 | 19 | 45,2 | 4 | 57,1 | 0,646 | 3 | 50 | 24 | 43,6 | 0,954 | 12 | 35,3 | 11 | 57,9 | 4 | 50 | 0,152 | 15 | 57,7 | 12 | 34,3 | 0,059 |
| | S/S | 21 | 41,2 | 1 | 10 | 5 | 41,7 | 14 | 33,3 | 3 | 42,9 | 2 | 33,3 | 20 | 36,4 | 17 | 50 | 3 | 15,8 | 2 | 25 | 5 | 19,2 | 17 | 48,6 | | | | | |
| Procuré conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional | N/N | 33 | 64,7 | 5 | 50 | 9 | 75 | 26 | 61,9 | 3 | 42,9 | 3 | 50 | 35 | 63,6 | 21 | 61,8 | 12 | 63,2 | 5 | 62,5 | 21 | 80,8 | 17 | 48,6 | | | | | |
| | V/Fe | 10 | 19,6 | 4 | 40 | 0,37 | 2 | 16,7 | 8 | 19 | 4 | 57,1 | 0,154 | 3 | 50 | 11 | 20 | 0,195 | 7 | 20,6 | 5 | 26,3 | 2 | 25 | 0,958 | 3 | 11,5 | 11 | 31,4 | ,037* |
| | S/S | 8 | 15,7 | 1 | 10 | 1 | 8,3 | 8 | 19 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 | 16,4 | 6 | 17,6 | 2 | 10,5 | 1 | 12,5 | 2 | 7,7 | 7 | 20 | | | | | |
| Busqué ayuda profesional para que me guiaran y orientaran | N/N | 36 | 70,6 | 7 | 70 | 9 | 75 | 31 | 73,8 | 3 | 42,9 | 4 | 66,7 | 39 | 70,9 | 23 | 67,6 | 13 | 68,4 | 7 | 87,5 | 21 | 80,8 | 22 | 62,9 | | | | | |
| | V/Fe | 10 | 19,6 | 3 | 30 | 0,495 | 3 | 25 | 6 | 14,3 | 4 | 57,1 | 0,078 | 2 | 33,3 | 11 | 20 | 0,603 | 7 | 20,6 | 5 | 26,3 | 1 | 12,5 | 0,683 | 4 | 15,4 | 9 | 25,7 | 0,291 |
| | S/S | 5 | 9,8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 11,9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 9,1 | 4 | 11,8 | 1 | 5,3 | 0 | 0 | 1 | 3,8 | 4 | 11,4 | | | | | |
| Descargué mi mal humor con los demás | N/N | 25 | 49 | 9 | 90 | 4 | 33,3 | 25 | 59,5 | 5 | 71,4 | 2 | 33,3 | 32 | 58,2 | 14 | 41,2 | 13 | 68,4 | 7 | 87,5 | 21 | 80,8 | 13 | 37,1 | | | | | |
| | V/Fe | 17 | 33,3 | 1 | 10 | 0,054 | 4 | 33,3 | 12 | 28,6 | 2 | 28,6 | 0,227 | 3 | 50 | 15 | 27,3 | 0,458 | 15 | 44,1 | 3 | 15,8 | 0 | 0 | 0,053 | 3 | 11,5 | 15 | 42,9 | ,003* |
| | S/S | 9 | 17,6 | 0 | 0 | 4 | 33,3 | 5 | 11,9 | 0 | 0 | 1 | 16,7 | 8 | 14,5 | 5 | 14,7 | 3 | 15,8 | 1 | 12,5 | 2 | 7,7 | 7 | 20 | | | | | |

Tabla 5. Presencia sugestiva de ansiedad según modelo multivariado de predicción de Ansiedad - Binomial Negativa.

| Variables | | | Valor p | RP | Inf. | Sup. | |
|-------------------|-----------------------|---|---|-------|-------|-------|-------|
| Sociodemográficas | Edad | ≤ 20 años/≥ 26 años | 0,662 | 1,53 | 0,23 | 10,32 | |
| | | 21 a 25 años/≥ 26 años | 0,118 | 0,37 | 0,11 | 1,29 | |
| | Sexo | Masculino/Femenino | 0,397 | 0,45 | 0,07 | 2,85 | |
| | Estado Civil | Soltero/Casado o unión libre | 0,988 | 1,01 | 0,29 | 3,55 | |
| | Convivencia | Ambos Padres/Otros | 0,23 | 1,38 | 0,81 | 2,35 | |
| | Programa Académico | Enfermería/Medicina | 0,263 | 2,46 | 0,51 | 11,87 | |
| I Qx/Medicina | | 0,728 | 1,29 | 0,31 | 5,35 | | |
| Afrontamiento | Reevaluación positiva | Intenté ver los aspectos positivos del problema | Nunca-Casi nunca/Casi siempre-siempre | 0,914 | 0,87 | 0,07 | 10,36 |
| | | | A veces-Frecuentemente/Casi siempre-siempre | 0,909 | 0,9 | 0,15 | 5,55 |
| | | Intenté sacar algo positivo del problema | Nunca-Casi nunca/Casi siempre-siempre | 0,017 | 9,8* | 1,49 | 64,25 |
| | | | A veces Frecuentemente / Casi siempre - siempre | 0,277 | 2,69 | 0,45 | 16,11 |
| | Negación | Me alejé del problema temporalmente | Nunca Casi nunca/A veces-Frecuentemente a | 0 | 7,43* | 2,8 | 19,68 |

*: Nivel de significancia al 0,05.

a: Esta categoría no se comparó con la última debido a la existencia de ceros en esta categoría.

DISCUSIÓN

Los estudios que indagan sobre la respuesta emocional frente a emergencias en salud coinciden en señalar que hay un incremento de la presencia de ansiedad, depresión y angustia en estudiantes de ciencias de la salud, que superan los hallazgos de estudios previos a la emergencia por COVID-19⁽²⁴⁾. En un estudio realizado con estudiantes de medicina en 15 países latinoamericanos⁽²⁵⁾ se identificó ansiedad en un 17%, cifra menor a la arrojada en el presente estudio, para el grupo en general (26%) pero mayor a la identificada para estudiantes de Medicina, hallazgos que evidencian la necesidad de reconocer el riesgo o presencia de ansiedad en los estudiantes que avanzan en su proceso de formación, debido a que su presencia se asocia a inseguridad, tensión y miedo que generan consecuencias en la percepción de calidad de vida, en la capacidad de interacción

social y en el incremento de riesgo de conductas autolesivas⁽²⁶⁾.

Los hallazgos derivados de la aplicación de la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS) coinciden con estudios realizados con estudiantes universitarios^(27, 28) que identifican la presencia de ansiedad leve o moderada asociada a diferentes factores como la preocupación excesiva por la salud durante el periodo de confinamiento⁽²⁹⁾ a las alteraciones del sueño^(30, 31) con mayor prevalencia en mujeres asociada a la percepción personal y familiar de riesgo de contagio y en esta investigación a la exposición a información relacionada con la situación de emergencia.

Lo descrito llama la atención sobre la necesidad de replantear los modelos de formación en ciencias de la salud, incorporando componentes que promuevan el desarrollo integral de los futuros profesionales. La exposición a situaciones de emergencias

sanitarias y el riesgo de presencia de ansiedad, subrayan la importancia de desarrollar, durante el proceso de formación, habilidades socioemocionales que permitan hacer frente a estas demandas, con el propósito de aportar al bienestar de los futuros profesionales y a la calidad de las relaciones que establecen con el paciente y su familia y el equipo de trabajo.

Con relación al comportamiento por nivel de formación en el programa académico, hay evidencia que señala que los estudiantes de primer año de medicina alcanzan un 52,6 % de ansiedad leve⁽³²⁾, mientras que en otros se describe que los estudiantes de los últimos semestres de los programas de ciencias de la salud tienen mayor probabilidad de presentar síntomas de ansiedad⁽³³⁾ y con mayor razón durante la pandemia⁽³⁴⁾, con lo que se reitera que las acciones implementadas para el desarrollo de competencias orientadas al desarrollo de habilidades socioemocionales, deben incorporarse de manera transversal en el proceso de formación.

Respecto a la presencia de ansiedad en estudiantes de enfermería, otros estudios señalan que al relacionar la presencia de estrés y ansiedad, el 59% de los estudiantes de octavo semestre y el 89% del décimo semestre no presentan ansiedad, seguido por un 34% y 11% en quienes sí se identificó ansiedad de mínima a moderada, respectivamente⁽³⁵⁾. Estos resultados no coinciden con lo reportado por un grupo de similares características de una universidad peruana, que identificó que un 55,6% presentó nivel alto de ansiedad⁽³⁶⁾, asociados adicionalmente a la carga académica, las relaciones interpersonales y los procesos de evaluación. Tampoco coincide con otro estudio realizado en unidades de emergencias en el que se señaló que durante la pandemia fue común la presencia de ansiedad, insomnio y depresión⁽³⁷⁾. Lo anterior indica que es importante reconocer que, sumado a las condiciones asociadas a la emergencia, también hay situaciones propias del rol de estudiante que en sí mismas son fuente de ansiedad.

Con relación a las estrategias de afrontamiento, estudios realizados con estudiantes universitarios de México señalan que las más utilizadas por los universitarios fueron las de aproximación cognitiva (reevaluación de la si-

tuación) y las de evitación conductual; entonces, se identifica coincidencia con este estudio en que no fue frecuente pedir apoyo a amistades o compañeros^(38, 39).

Estudios que analizan la relación entre estrés percibido y estrategias de afrontamiento en estudiantes de Enfermería en tiempos de COVID-19 reportan resultados que identifican que el uso de estrategias, como la búsqueda de apoyo, la religión y la reevaluación positiva, se correlacionan negativamente con la presencia de ansiedad⁽⁴⁰⁾, lo que permite inferir que fortalecer durante la formación el desarrollo y consolidación de estas estrategias, al enfrentar situaciones que se plantean en el cotidiano de los estudiantes, se consolida en factor protector para la salud mental.

El estudio presenta varias limitaciones, entre las que se identifican el tamaño de la muestra y el que sea tomada únicamente de una Institución de Educación Superior de una ciudad capital. Esto no permite generalizar los resultados por lo que se propone la realización de estudios multicéntricos para mejorar la validez de los resultados y enriquecer el análisis por la presencia de otros factores asociados a la respuesta en situaciones de emergencia. También se recomienda que cuenten con muestras representativas, diversas y que consideren y documenten condiciones preexistentes de salud mental, así como los cambios acaecidos durante un periodo de seguimiento a mediano plazo.

Además, la autoselección de participantes puede introducir sesgos, ya que aquellos que eligen responder a encuestas sobre ansiedad y salud mental podrían estar experimentando niveles más altos de estos síntomas. La dependencia de instrumentos específicos como la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS) y la falta de su seguimiento a largo plazo, puede limitar la comprensión completa y precisa de la evolución de los síntomas emocionales tras la emergencia en salud.

En futuros estudios, es crucial considerar la variabilidad geográfica y cultural, ya que las respuestas emocionales a la pandemia pueden diferir significativamente entre regiones.

Por otro lado, las diferencias en los resultados de ansiedad entre estudios similares, como los realizados en Arequipa y otras universidades

peruanas, indican posibles sesgos relacionados con la selección de muestra y la metodología empleada. La falta de estudios en grupos específicos como los profesionales y estudiantes de Instrumentación Quirúrgica sugiere que este personal de salud cuenta con un reconocimiento diferente en otras regiones. Las diferencias en las estrategias de afrontamiento empleadas por estudiantes de distintas regiones destacan la influencia de factores contextuales y culturales, lo que podría limitar la generalización de las conclusiones.

Otro aspecto para tener en cuenta es que, al interpretar estos resultados, es fundamental considerar las limitaciones metodológicas y la variabilidad observada en estudios similares. Las discrepancias en los niveles de ansiedad reportados en investigaciones de Arequipa, otras universidades peruanas y Barranquilla sugieren que los resultados deben ser interpretados con cautela debido a posibles sesgos relacionados con la selección de muestra, los instrumentos de medición y los contextos específicos.

De suerte que, aunque el estudio ofrece perspectivas sobre la relación entre la ansiedad y las estrategias de afrontamiento en estudiantes de salud en Bogotá durante una emergencia sanitaria, la posibilidad de generalización es limitada. Las diferencias metodológicas y contextuales observadas en estudios comparativos y las condiciones específicas del entorno de Bogotá deben ser cuidadosamente consideradas.

A partir de los hallazgos se recomienda ampliar este estudio con profesionales y estudiantes lo que permitirá identificar áreas de fortalecimiento en la formación y desempeño del talento humano en salud. Se sugiere a las unidades académicas la implementación de estrategias transversales que además de identificar factores de riesgo asociados a la presencia de ansiedad, establezcan acciones orientadas a incentivar la búsqueda de redes de apoyo y la expresión de emociones, no solo frente a situaciones de emergencias sanitarias como la reciente asociada a la pandemia por COVID-19, sino como práctica regular que favorece el autocuidado y posibilita atenuar el riesgo de Burnout y agotamiento por compasión en el rol de cuidador. Se recomienda realizar estudios que desarrollen y evalúen

programas orientados a fortalecer estrategias de afrontamiento reconocidas como protectoras frente a la generación e incremento de la ansiedad.

CONCLUSIONES

La crisis asociada a la pandemia por COVID-19 generó la necesidad de prestar atención a la salud mental del talento humano en salud; la presencia de ansiedad en los estudiantes de los programas participantes, así como el uso de la reevaluación positiva, la evitación emocional y la espera como estrategias de afrontamiento y la débil búsqueda de apoyo social, llaman la atención sobre la necesidad de considerar la ansiedad como una respuesta asociada a las estrategias de afrontamiento que pueden ser aprendidas y fortalecidas en el proceso de formación.

Los hallazgos permiten inferir que acceder a redes de apoyo social podría considerarse un factor protector ante la presencia de ansiedad, y que la reacción agresiva se encuentra presente en quienes puntúan como sugestivos de ansiedad. La baja utilización de la búsqueda de apoyo social, máxime en un grupo de profesionales que incentiva su uso en los usuarios, cobra especial relevancia dada la importancia del trabajo en equipo.

Los resultados obtenidos en este estudio resaltan la importancia del apoyo social como un factor protector contra la ansiedad en momentos de una emergencia sanitaria. Asimismo, se observa que la reacción agresiva tiende a manifestarse con mayor frecuencia en individuos con niveles elevados de ansiedad. Estos hallazgos subrayan la relevancia de fortalecer las redes de apoyo social y desarrollar estrategias de afrontamiento adecuadas para mitigar los efectos adversos de la ansiedad en la salud mental de los estudiantes. Además, señalan la necesidad de implementar intervenciones preventivas y de tratamiento dirigidas a aquellos que experimentan niveles significativos de ansiedad, con el fin de promover un bienestar emocional óptimo en momentos de crisis y adversidad.

Los datos no son homogéneos en los tres

programas; sin embargo, al interior de cada grupo son similares lo que permite inferir que existen rasgos asociados a los procesos de formación en cada uno de los programas.

Financiamiento: Esta investigación se desarrolló en el marco de las funciones de docencia de investigación en la Universidad El Bosque.

Conflicto de intereses: Los investigadores declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos: Agradecemos a los participantes en el estudio y a quienes vivieron la emergencia sanitaria asociada al COVID-19 durante su proceso de formación, estamos seguros de que esta experiencia generó profundas reflexiones a nivel personal y profesional.

Participación de los autores:

Olga Stella Diaz-Usme: Concepción y diseño del trabajo, recolección/obtención de datos, análisis e interpretación de los resultados, redacción del manuscrito, aprobación de su versión final.

Wanderley A Arias: Concepción y diseño del trabajo, recolección/obtención de datos, análisis e interpretación de los resultados, redacción del manuscrito, aprobación de su versión final.

Edgar Antonio Ibáñez P: Concepción y diseño del trabajo, análisis e interpretación de los resultados, asesoría estadística y metodológica y revisión crítica del manuscrito.

Jeisson A Hincapié: Análisis e interpretación de los resultados, redacción del manuscrito y revisión crítica del manuscrito.

REFERENCIAS

1. OPS-PAHO. Emergencias en Salud [Internet]. [citado 31 ene 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/emergencias>
2. OMS. International Health Regulations [Internet]. Who int. 2005 [citado 16 feb 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/international-health-regulations>
3. OMS. La salud mental en las situaciones de emergencia [Internet]. Who int. [citado 16 feb 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencie>
4. Lazarus R. Estrés y Emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud. Desclée De Brouwer. Bilbao, España: Desclée de Brouwer; 2011.
5. OMS. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020 [Internet]. Who int. 11 de marzo del 2020 [citado 21 jul 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
6. Almeida-Filho N. Sindemia, infodemia, pandemia de COVID-19: Hacia una epidemiología de enfermedades emergentes. Salud Colect [Internet]. 2021 [citado 24 jul 2021]; 17: e3748. Disponible en: <https://www.doi.org/10.18294/sc.2021.3748>.
7. OMS. Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: January-March 2021 [Internet]. Who int. 22 de abril del 2021 [citado 22 mar 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340937/WHO-2019-nCoV-EHS-continuity-survey-2021.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. OMS. Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS [Internet]. Who int. 5 de octubre del 2020 [citado 16 may 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
9. OPS. Salud mental en tiempos de pandemia [Internet]. YouTube [video]; 2020 [citado 7 may 2021]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=CRKD4Hu0foc>
10. Ministerio de Salud de Colombia. Todos a cuidar nuestra salud mental durante la COVID-19 [Internet]. 28 de marzo del 2020 [citado 28 may 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Todos-a-cuidar-nuestra-salud-mental-durante-la-COVID-19.aspx>
11. Sapien Labs. Mental state of the world report 2021 [Internet]. 2021 [citado 13 oct 2021]. Disponible en: <https://mentalstateoftheworld.report/wp-content/uploads/2022/04/Estado-mental-del-mundo-2021.pdf>
12. Arias-Gallegos W, Del Carpio-Toia A, Delgado-Montesinos Y, Ortiz-Puma M, Quispe-Villanueva M. Síndrome de burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú). Med Segur Trab [Internet]. 2017 [citado 24 mar 2021]; 63(249): 331-344. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v63n249/0465-546X-mesetra-63-249-00331.pdf>
13. Pedraza-Caballero I, Torres C, Veja-Chávez E, Gómez-Shaikh J. Síndrome de Burnout y calidad de vida laboral en el personal asistencial de una institución de salud en Bogotá. Informes Psicológicos [Internet]. 2017 [citado 24 ene 2021]; 17(1): 87-105. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2021.3748>

- org/10.18566/infpsic.v17n1a05
14. Ministerio de Salud de Colombia. Salud mental, uno de los principales retos de la pandemia [Internet]. 9 de mayo del 2020 [citado 3 jun 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Salud-mental-uno-de-los-principales-retos-de-la-pandemia.aspx>
 15. Lozano-Vargas A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2020 Ene [citado 14 jul 2021]; 83(1): 51-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687331-344>
 16. López I, López I. La salud mental del personal sanitario ante la pandemia del covid-19. *Enfermería Investiga* [Internet]. 2021 Ene [citado 23 ago 2021]; 6(1): 47-50. Disponible en: <https://doi.org/10.31243/ei.uta.v6i1.1026.2021>
 17. Marengo-Escuderos A, Suárez-Colorado Y, Palacio-Sañudo J. Burnout académico y síntomas relacionados con problemas de salud mental en universitarios colombianos. *Psychol* [Internet]. 2017 [citado 20 abr 2021]; 11(2): 45-55. Disponible en: <https://doi.org/10.21500/19002386.2926>
 18. Castillo-Pimienta C, Chacón dICT, Díaz-Veliz G. Ansiedad y fuentes de estrés académico en estudiantes de carreras de la salud. *Investigación educ médica* [Internet]. 2016 [citado 25 ene 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.03.001>
 19. Delgado EC, De la Cera DX, Lara MF, Arias RM. Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Rev Cúpula* [Internet]. 2021 [citado 19 mar 2022]; 35(1): 23-36. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
 20. Hernández-Sampieri R, Fernández C, Baptista LP. Metodología de la investigación [Internet]. 6a ed. México: McGraw-Hill; 2016 [citado 19 ene 2021]. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
 21. Vinaccia S, Bahamón MJ, Trejos-Herrera AM, Lee SA, Quiceno JM, Gómez CA, et al. Validating the Coronavirus Anxiety Scale in a Colombian sample. *Death Stud* [Internet]. 2022 [citado 21 abr 2022]; 46(10): 2366-2375. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1944401>
 22. Londoño N, Henao G, Puerta I, Posada S, Arando D, Aguirre D. Propiedades psicométricas y valoración de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Univ Psychol* [Internet]. 2006 [citado 15 mar 2022]; 5(2): 327-350. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000200010&lng=en&lng=es
 23. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 8430 de 1993: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [Internet]. Diario Oficial No. 41.300. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>
 24. Sigüenza CW, Vilchez J. Aumento de los niveles de ansiedad en estudiantes universitarios durante la época de pandemia de la COVID-19. *Rev Cubana Med Milit* [Internet]. 2021 [citado 28 sep 2024]; 50(1). Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/931>
 25. Molero MM, Pérez-Fuentes MC, Soriano JG, Oropesa NF, Simón MM, Sisto M, et al. Factores psicológicos en situaciones de cuarentena: una revisión sistemática. *Eur J. Health Research* [Internet]. 2020 [citado 15 abr 2022]; 6(1): 109-120. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.30552/ejhr.v6i1.206>
 26. Freitas PH, Meireles AL, da Silva RIK, Abreu MNS, de Paula W, Cardoso CS. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes del área de la salud e impacto en la calidad de vida. *Enfermagem* [Internet]. 2023 [citado 14 sep 2024]; 31: e3885. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6315.3885>
 27. Aveiro-Róbaldo TR, Garlisi-Torales LD, Nati-Castillo HA, Valeriano-Paucar JR, García-Arévalo CM, Ayala-Servín N, et al. Ansiedad y depresión en estudiantes de medicina de Latinoamérica durante la pandemia del COVID-19. *Rev salud pública Parag* [Internet]. 2023 Abr [citado 25 ago 2024]; 13(1): 40-45. Disponible en: <https://doi.org/10.18004/rspp.2023.abril.06>
 28. Izurieta-Brito D, Poveda-Ríos S, Naranjo-Hidalgo T, Moreno-Montero E. Generalized anxiety disorder and academic stress in university students during the COVID-19 pandemic. *Rev Neuropsiquiatria* [Internet]. 2022 [citado 21 abr 2022]; 85(2): 86-94. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v85i2.4226>
 29. Santabárbara J, Saravia-Bartra MM, López-Antón R, Serreta P, Bueno-Notivol J. Ansiedad autorreportada en estudiantes de primer curso de Medicina de la Universidad de Zaragoza durante el confinamiento por la COVID-19. *Rev Esp Edu Med* [Internet]. 2022 [citado 23 dic 2022]; 3(2). Disponible en: <https://doi.org/10.6018/edumed.513971>
 30. Moraleda-Cibrián M, Palomares-Gonell I, Albares-Tendero J. Impact on stress, mental health, and sleep quality in healthcare professionals during the COVID-19 pandemic: A Follow-up study in Spain. *Sleep Med* [Internet]. 2022 [citado 10 dic 2022]; 100: S81-2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2022.05.228>

31. Waich A, Barahona-Correa JE, Figueredo MdelC, Rondón-Sepúlveda MA, Ruiz AJ, Castellanos JC, et al. Sleep quality, insomnia, and perceived stress among Colombian healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Sleep Sci* [Internet]. 2023 [citado 23 jun 2023]; 16(01): 044-050. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-1767756>
32. Liu J, Zhu Q, Fan W, Makamure J, Zheng C, Wang J. Online mental health survey in a medical college in China during the COVID-19 outbreak. *Front Psychiatry* [Internet]. 2020 [citado 14 nov 2020]; 11:459. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2020.00459>
33. Saravia-Bartra MM, Cazorla-Saravia P, Cedillo-Ramirez L. Anxiety level of first-year medical students from a private university in Peru in times of Covid-19. *Rev Fac Med Humana* [Internet]. 2020 [citado 20 jun 2022]; 20(4): 568-73. <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i4.3198>
34. Granados-Cosme JA, Gómez-Landeros O, Islas-Ramírez MI, Maldonado-Pérez G, Martínez-Mendoza HF, Pineda-Torres AM. Depresión, ansiedad y conducta suicida en la formación médica en una universidad en México. *Inve Ed Méd* [Internet]; 2020 [citado 17 nov 2020]; 9(35): 65-74. Disponible en: [10.22201/facmed.20075057e.2020.35.20224](https://doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2020.35.20224)
35. Campoverde WG, Vilchez TJ. Aumento de los niveles de ansiedad en estudiantes universitarios durante la época de pandemia de la COVID-19. *Rev Cubana Med Milit* [Internet]. 2021 [citado 15 may 2023]; 50(1): e0210931. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/931/730>
36. Sánchez-Rodríguez FT, Talavera-Talavera MF. Nivel de estrés y ansiedad en estudiantes de enfermería durante la pandemia de COVID-19. *Rev per med integr* [Internet]. 2021 [citado 21 may 2023]; 6(3): 73-9. Disponible en: <https://doi.org/10.26722/rpmi.2021.v6n3.38>
37. Obando ZR, Arévalo-Ipanaqué JM, Aliaga SRA, Obando ZM. Ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia Covid-19. *Index enferm* [Internet]. 2020 Dic [citado 21 jun 2023]; 29(4): 225-229. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000300008
38. Pozos-Radillo BE, Preciado-Serrano MdeL, Plascencia-Campos AR, Aguilera VMA, Fernández AM. Ansiedad rasgo-estado, estrés académico y estilos de afrontamiento en estudiantes de enfermería en México. *Index enferm* [Internet]. 2021 Jun [citado 2024 oct 27]; 30(1-2): 134-138. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000100029&lng=es
39. Narváez JH, Obando-Guerrero LM, Hernández-Ordoñez KM, Cruz-Gordon EK. Bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento frente a la COVID-19 en universitarios. *Univ Salud* [Internet]. 2021 Dec [citado 29 sep 2024]; 23(3): 207-216. Disponible en: <https://doi.org/10.22267/rus.212303.234>
40. Bohórquez-Moreno C, Hernández-Escolar J, Muvdi-Muvdi Y, Malvaceda-Frías E, Mendoza-Sánchez X, Madero-Zambrano K. Asociación entre estrés percibido y estrategias de afrontamiento en estudiantes de Enfermería en tiempos de COVID-19. *Metas Enferm* [Internet]. 2022 [citado 8 may 2023]; 25(5): 50-7. Disponible en: <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2022.25.1003081942>

