

ARTÍCULO ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.14482/sun.36.1.616.2>

Percepción de discriminación en un grupo de médicos generales colombianos durante la pandemia del COVID-19 y su relación con factores laborales y psicológicos

Perception of discrimination in a group of colombian general practitioners during the COVID-19 pandemic and its relation to labor and psychological factors

ÁLVARO MONTERROSA-CASTRO¹, ANDREA GONZÁLEZ-SEQUEDA²,
TERESA BELTRÁN-BARRIOS³

¹ Médico. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Profesor titular. Líder del Grupo de investigación Salud de la Mujer. Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena. Colombia. alvaromonterrosa@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0686-6468>

² Estudiante de Medicina. Integrante del Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena. Colombia. andreamcarolina320@hotmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1035-4334>

³ Filósofa. Maestranda en Filosofía. Integrante del Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena. Colombia. tbeltran@unicartagena.edu.co Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3175-2585>

Correspondencia: Dr. Álvaro Monterrosa Castro. La Matuna. Avenida Venezuela. Edificio City Bank. Oficina 6-A. Teléfonos: +57566422211. 3157311275. Cartagena. Colombia. alvaromonterrosa@gmail.com - www.grupodeinvestigacionssaluddelamujer.com.co

■ RESUMEN

Objetivo: Estimar la frecuencia de percepción de discriminación y su asociación con estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos.

Métodos: Estudio transversal que pertenece al proyecto Dinámicas Psicosociales Universitarias, con aval institucional de la Universidad de Cartagena. Un grupo de médicos generales colombianos fue invitado por redes sociales a diligenciar, los primeros cinco días de abril de 2020, un formulario de Google Forms® con preguntas sobre miedo y opiniones respecto al COVID-19 con las herramientas Test de Estrés Laboral, Generalized Anxiety Disorder y Fear of COVID-19 Scale. El estudio fue anónimo y voluntario con aceptación de términos y consentimiento informado. Para el análisis de la información se conformaron dos grupos: con percepción de discriminación y sin percepción de discriminación, según respuesta a la pregunta “Haber tenido percepción de discriminación por su condición de médico”. Se realizó regresión logística entre percepción de discriminación con ansiedad, estrés laboral y miedo al COVID-19.

Resultados: Participaron 531 médicos colombianos, la mitad entre 20-30 años; 207 (39 %) informaron percepción de discriminación. La ansiedad, estrés y miedo relacionados con la pandemia y la labor profesional fueron altamente prevalentes y más frecuentes en el grupo con percepción de discriminación ($p < 0.05$). La presencia y severidad de ansiedad, estrés y miedo al COVID-19 se asociaron con mayor presencia de percepción de discriminación, mientras que sentirse protegido por sus superiores laborales se asoció con menor percepción de discriminación.

Conclusión: Dos de cada cinco participantes informaron PPD; fenómeno social que se asoció con ansiedad, estrés y miedo durante la pandemia por COVID-19.

Palabras clave: discriminación social, médicos generales, infecciones por coronavirus, ansiedad, estrés laboral, miedo, epidemias.

■ ABSTRACT

Objective: To estimate the frequency of perception of discrimination and its association with occupational stress, anxiety and fear of COVID-19 in Colombian general practitioners.

Methods: Cross-sectional study that belongs to Dinámicas Psicosociales Universitarias project with institutional endorsement from the Universidad de Cartagena, Colombia. A group of Colombian general practitioners was invited by social networks to fill out, on the first five days of April-2020, a Google Forms © form with questions about fear and opinions

regarding COVID-19 with the tools Test of Labor Stress, Generalized Anxiety Disorder and Fear of COVID-19 Scale. The study was anonymous and voluntary with acceptance of terms and informed consent. For the analysis of the information, two groups were formed: with perception of discrimination and without perception of discrimination, according to the answer to the question “Having had perception of discrimination due to their condition as a physician”. Logistic regression was performed between perception of discrimination with anxiety, occupational stress and fear of COVID-19.

Results: 531 Colombian doctors participated, half between 20-30 years. 207 (39%) reported perceived discrimination. Pandemic-related anxiety, stress and fear and professional work were highly prevalent and more frequent in the group with perceived discrimination ($p < 0.05$). The presence and severity of anxiety, stress and fear of COVID-19 were associated with a greater presence of discrimination perception, while feeling protected by their work superiors was associated with a lower perception of discrimination.

Conclusion: Two out of five participants reported perception of discrimination, a social phenomenon that was associated with anxiety, stress and fear during the COVID-19 pandemic.

Keywords: social discrimination, general practitioners, coronavirus infections, anxiety, occupational stress, fear, epidemics.

INTRODUCCIÓN

Los *orthocoronavirinae* o coronavirus [CoVs] son una extensa familia que pertenece a los coronavirusidos [*Coronaviridae*] que causan enfermedades en animales y humanos. Se han identificado siete tipos de coronavirus que pueden infectar al hombre y que se agrupan como Hcovs: cuatro generan resfriado común [HCoV-229E, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, HCoV-OC43] y tres producen síndrome respiratorio severo [SARS-CoV, SARS-CoV-2 y MERS-CoV]. El SARS-CoV-2 ha causado la pandemia y el cuadro clínico COVID-19, acrónimo de *coronavirus disease* (1,2,3).

En la historia de la humanidad se han documentado brotes epidémicos, epidemias y pandemias que, además del impacto en morbilidad y letalidad tienen como común denominador los efectos psicológicos negativos derivados de la propagación, de las medidas de control y de las consecuencias de la enfermedad (4,5,6,7,8). Se ha señalado que el compromiso de la salud mental puede llegar a ser mayor que el número de personas afectadas por la infección (4,6,9). Los estados de ansiedad, estrés, miedo y pánico limitan la capacidad de atención, así como la identificación de

los procesos biológicos para la adecuada toma de decisiones clínicas y, a su vez, causan efecto negativo en el bienestar, por lo cual es importante la protección mental de los médicos que laboran durante las epidemias (6,8,9).

Existen dos tipos de fenómenos en las epidemias: estigmatización y percepción de discriminación [PDD]. El primero tiene lugar cuando una persona portadora o enferma genera respuesta social negativa. El segundo es el trato desigual a una persona o colectividad considerada, objetiva o subjetivamente, portadora o enferma (9,10,11). Los médicos no son inmunes a esos eventos, lo cual se suma a las demandas de trabajo, agotamiento físico/mental, aislamiento familiar, riesgo de infección y frustración profesional (6,8,12).

En marzo de 2020, estando Colombia bajo confinamiento preventivo y obligatorio declarado por el Estado, la prensa informó algunos casos de PDD en médicos por su condición de profesionales de la salud. Cabe aclarar que no se encontraron estudios colombianos que aborden la magnitud de este fenómeno entre los médicos en momentos de pandemia. El objetivo fue estimar la frecuencia de PDD y su asociación con estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos.

METODOLOGÍA

El estudio realizado es de tipo transversal y hace parte del proyecto de investigación DISEU [Dinámicas Psicosociales en Universitarios], de su brazo COVID-19, perteneciente a la línea de investigación Colectivos Universitarios. El grupo y el proyecto de investigación cuentan con aval institucional de la Universidad de Cartagena, Colombia. El proyecto DISEU tiene aval del comité de Ética de la Clínica Santa Cruz de Bocagrande, Cartagena, Colombia, según acta 05-2018 del 5 de febrero del 2018. La evaluación a los participantes fue anónima, voluntaria, con aceptación de términos y consentimiento informado, ajustada a la declaración de Helsinki y a las normas técnico-científicas para la investigación en salud, Resolución 8430-1993 de la República de Colombia. Investigación calificada como de riesgo mínimo para los participantes (13). Uno de los investigadores fue asignado para descargar la base de datos desde la plataforma y reemplazó la columna del email del participante por un código individual alfanumérico para conservar el absoluto anonimato de la información.

La selección de la muestra se desarrolló en tres fases. [A] El 1° de abril de 2020 se convocó a médicos generales por redes sociales [WhatsApp, Facebook e Instagram] para que diligenciaran un

formulario diseñado en Google Forms®, herramienta para adelantar encuestas, de fácil aplicación y utilizada con fines laborales o educativos. [B] El formulario estuvo habilitado los primeros cinco días de abril de 2020, estando el país en cuarentena. [C] Se descargó la base de datos que se genera automáticamente y se eliminó el correo electrónico de los participantes, posteriormente se depuraron los datos.

Así pues, los criterios de inclusión que se consideraron fueron: ser médico general, haber laborado en marzo de 2020 en institución pública o privada, hospitalaria o ambulatoria, de cualquier nivel de complejidad, y haber atendido pacientes con cualquier condición de salud, e incluso en programas de promoción y prevención. No se interrogó si los médicos habían atendido pacientes afectados por COVID-19, puesto que ello no hacía parte del foco de estudio. Criterio de exclusión: diligenciar el formulario de forma incompleta.

El formulario contenía tres partes. En la primera se interrogaba edad, género y municipio donde laboraban los médicos. La segunda constaba de doce preguntas sobre síntomas de miedo al COVID-19 y ocho puntos para opinar sobre la labor médica, que debían responderse con Sí/No. El formulario debía aplicarse a percepción de eventos o manifestaciones entre el 24-30 de marzo de 2020. Dichas preguntas surgieron de un listado realizado sobre COVID-19 y PDD (7,10,11,14). Para establecer la PDD se escogió la pregunta: ¿Ha tenido la percepción de ser discriminado en su comunidad por su condición de médico? Las escalas existentes para PDD son válidas en otros entornos, por lo que se prefirió la anterior pregunta. La tercera parte del formulario contenía tres escalas en su versión en español.

La primera era el Test de Estrés Laboral, también denominado Cuestionario de Problemas Psicossomáticos, para identificar presencia y severidad de dicha condición. Dicha prueba está basada en el Cuestionario de Problemas Psicossomáticos, realizado por García-Izquierdo desde la propuesta de Hock (15), y explora síntomas con respuestas tipo Likert: uno [Nunca], dos [Casi nunca], tres [Pocas veces], cuatro [Algunas veces], cinco [Con relativa frecuencia] y seis [Con mucha frecuencia]. Se consideró ausencia de los síntomas a las tres primeras opciones de respuesta y presencia de los mismos a las otras tres. La clasificación de severidad se realizó así: 12 puntos [Sin estrés], 13-24 [Sin estrés en fase de alarma], 25-36 [Estrés leve], 37-48 [Estrés moderado], 49-60 (Estrés alto) y mayor a 61 (Estrés grave). Puntuación igual o superior a 25 indicó estrés laboral.

Posteriormente se utilizó la escala “Generalized Anxiety Disorder (GAD7)”, que valora presencia y severidad de ansiedad según las respuestas tipo Likert: cero [Nunca], uno [Menos de la mitad de los días], dos [Más de la mitad de los días] y tres [Casi todos los días]. Se consideró ausencia de síntomas a la primera opción de respuesta y presencia de los mismos a las otras. La clasificación de la severidad fue: 0-4 puntos [Sin ansiedad], 5-9 [leve], 10-14 [Moderada] y 15-21 [Severa]. Puntuación igual o superior a 10 indicó ansiedad (16,17).

Finalmente, la “Fear of COVID-19 Scale [FCV-19S]”, que permitió identificar situaciones para establecer miedo al COVID-19. De esta escala no existe versión ni validación en español; la original publicada en inglés fue desarrollada en población iraní. Según sus autores posee propiedades psicométricas, confiables y robustas (18). Se utilizó una traducción los ítems del inglés al español y luego a la inversa (“back translation”), que fue realizada por un profesional en la materia. Cada pregunta se respondía tipo Likert: Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo y Muy de acuerdo. Las tres primeras se consideraron respuestas negativas y las otras, positivas. El formulario no tiene punto de corte; por ello la puntuación sobre la media entre los participantes de este estudio definió miedo al COVID-19.

La información sobre cuántos médicos generales laboran en Colombia es contradictoria; en esa medida, solo se logró obtener información de prensa (19,20,21). No se obtuvieron cifras generadas con rigor epidemiológico de las instituciones oficiales, organismos académicos o agremiaciones de profesionales. Ante dicha carencia, y con las limitaciones que se derivarían de la captación de la información, el estudio se realizó en una muestra no probabilística, por conveniencia, de un grupo de médicos generales colombianos convocados a través de redes sociales.

La muestra se dividió en dos grupos: con PDD y sin PDD, según respuesta a la pregunta de percepción acerca de ser discriminado en una comunidad por ser médico. El análisis fue realizado con EPI-INFO-7. Los datos continuos se expresaron en $X \pm SD$: los categóricos en absolutos, porcentajes e IC95 %. Las diferencias entre grupos fueron evaluadas con Kruskal-Wallis o Anova, según la homogeneidad de la varianza establecida por el Test de Bartlett’s para variables continuas y con Mantel-Haenszel, o prueba de Fischer, para las categóricas según frecuencias esperadas. Se realizó regresión logística no ajustada entre PDD [variable dependiente] con ansiedad, estrés laboral, miedo al COVID-19 y opiniones sobre la pandemia [variables independientes]; $p < 0.05$, se consideró significativa.

RESULTADOS

En los primeros cinco días de abril de 2020, estando el país bajo cuarentena obligatoria, se recibieron 548 formularios remitidos desde distintos *e-mails*. El estudio se realizó en 531 médicos, la mitad de ellos tenían entre 20-30 años, 59.5 % eran mujeres y más del 70 % laboraban en ciudades capitales. Un total de 207 médicos participantes (39.0 %) informaron tener PDD. Las características sociodemográficas pueden observarse en la tabla 1.

Tabla 1. Percepción de discriminación y asociación con factores laborales y psicológicos características sociodemográficas

Variables	Todos 531 (100%)	Con percepción de discriminación 207 (39,0%)	Sin percepción de discriminación 324 (60,0%)	P
Edad, (X ± SD)	33,0 ± 9,3	32,7 ± 8,9	33,2 ± 9,6	0,53*
Rango de Edad, n (%) [IC95]				
21-30	277 (52,2) [47,9-56,4]	109 (52,6) [45,6-59,6]	168 (51,8) [46,4-57,2]	0,85**
31-40	164 (30,9) [27,1-34,9]	66 (31,9) [25,6-38,7]	98 (30,2) [25,5-35,4]	0,69**
41-50	49 (9,2) [7,0-12,0]	18 (8,7) [5,2-13,4]	31 (9,6) [6,8-13,2]	0,73**
51-60	31 (5,8) [4,1-8,2]	10 (4,8) [2,3-8,7]	21 (6,5) [4,3-9,7]	0,42**
61-70	10 (1,9) [1,0-3,4]	4 (1,9) [0,5-4,9]	6 (1,8) [0,8-4,0]	1,00***
Género, n (%) [IC95]				
Femenino	316 (59,5) [55,3-63,6]	124 (59,9) [52,9-66,4]	192 (59,2) [53,8-64,5]	0,88**
Masculino	215 (40,5) [36,4-44,7]	83 (40,1) [33,3-47,1]	132 (40,7) [35,5-46,2]	
Regiones geográficas, n (%) [IC95]				
Andina	220 (41,4) [37,3-45,7]	67 (32,4) [26,0-39,2]	153 (47,2) [41,8-52,6]	<0,001**
Caribe	294 (55,4) [51,1-59,5]	132 (63,8) [56,8-70,3]	162 (50,0) [44,6-55,4]	0,001**
Pacífico	9 (1,7) [0,9-3,2]	4 (1,9) [0,5-4,9]	5 (1,5) [0,6-3,5]	0,74***
Orinoquía	7 (1,3) [0,6-2,7]	4 (1,9) [0,5-4,9]	3 (0,93) [0,32-2,7]	0,43***
Amazonía	1 (0,2) [0,1-1,1]	0	1 (0,31) [0,05-1,7]	1,00***
Clasificación ente territorial, n (%) [IC95]				
Ciudad capital	389 (73,3) [69,3-76,8]	161 (77,8) [71,5-83,2]	228 (70,4) [65,2-75,1]	<0,05**
Ciudad no capital	142 (26,7) [23,1-30,1]	46 (22,2) [16,7-28,5]	96 (29,6) [24,9-34,8]	0,06**

(*) Anova (**) Prueba de Mantel-Haenszel (***) Test de Fisher

Fuente: Elaboración propia.

La presencia de miedo relacionada con la pandemia fue alta; más del 70 % de los participantes sentía angustia en el trabajo, temían traer a casa la infección o tener que acudir como paciente con COVID-19. Por su parte, fue mayor la presencia de miedo en el grupo con PDD ($p < 0.05$) (tabla 2). Solo el 23 % se sentía protegido por sus superiores; no obstante, el 73 % estaba satisfecho con su labor y el 88 % opinaba que contribuía con el cuidado de los pacientes. No se observaron diferencias en las opiniones sobre la labor médica, excepto sentirse protegido por los superiores, que fue superior en los participantes sin PDD (tabla 3).

Tabla 2. Percepción de discriminación y asociación con factores laborales y psicológicos. Miedos relacionados con la pandemia del COVID-19

Interrogantes	Todos 531(100%)	Con percepción de discriminación 207 (39,0%)	Sin percepción de discriminación 324 (61,0%)	P (*)
n (%) [IC95%]				
Creer haber tenido síntomas del COVID-19	204 (38,4) [34,4-42,6]	100 (48,3) [41,3-55,3]	104 (32,1) [27,2-37,4]	<0,001
Ha tenido pesadillas con el virus del COVID-19	174 (32,7) [28,9-36,8]	97 (46,8) [39,9-53,9]	77 (23,7) [19,4-28,7]	<0,001
Tiene temor a ser portador asintomático	318 (59,8) [55,6-63,9]	130 (62,8) [55,8-69,4]	188 (58,0) [52,6-63,3]	0,27
Siente que se puede contagiar en su trabajo médico	508 (95,6) [93,5-97,1]	200 (96,2) [93,1-98,6]	308 (95,0) [92,1-96,9]	0,39
Siente angustia al pensar que debe ir a trabajar	384 (72,3) [68,3-75,9]	168 (81,1) [75,1-86,2]	216 (66,6) [61,3-71,6]	<0,001
Siente temor de llevar el virus a su casa	503 (94,7) [92,4-96,3]	201 (97,1) [93,8-98,9]	302 (93,2) [89,9-95,5]	0,05
Ha considerado renunciar a su trabajo para protegerse	259 (48,7) [44,5-53,0]	124 (59,9) [52,8-66,4]	135 (41,7) [36,4-47,1]	<0,001
Tiene temor de que su familia piense que va a traer la infección a casa	429 (80,7) [77,2-83,9]	173 (83,5) [77,8-74,4]	256 (79,0) [74,2-83,1]	0,19

Continúa...

Interrogantes	Todos 531 (100%)	Con percepción de discriminación 207 (39,0%)	Sin percepción de discriminación 324 (61,0%)	P (*)
Ha pensado en mudarse de su casa para que su familia corra menos riesgo	360 (67,8) [63,7-71,6]	155 (74,8) [68,4-80,6]	205 (63,3) [57,9-63,3]	0,005
Siente miedo de tener que acudir como paciente con COVID-19	437 (82,3) [78,8-85,3]	181 (87,4) [82,1-91,6]	256 (79,0) [74,2-83,1]	0,013
Tiene temor de que se llegue a mortalidad similar a la de Europa	488 (91,9) [89,3-93,9]	195 (94,2) [90,0-97,0]	293 (90,5) [86,7-93,1]	0,12
Se ha sentido en algún momento decepcionado con su trabajo como médico	305 (57,4) [53,1-61,5]	149 (72,0) [65,3-73,0]	156 (48,1) [42,7-53,6]	0,0001

(*) Mantel-Haenszel

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Percepción de discriminación y asociación con factores laborales y psicológicos. Opinión sobre la labor médica en medio de la pandemia por COVID-19

Interrogantes	Todos 531 (100%)	Con percepción de discriminación 207 (39,0%)	Sin percepción de discriminación 324 (61,0%)	P (*)
Se siente protegido por sus superiores en el trabajo	122 (22,98) [19,6-26,7]	30 (14,4) [10,0-20,0]	92 (28,4) [23,7-33,5]	<0,001
Se siente satisfecho con la labor que realiza diariamente	392 (73,82) [69,9-77,3]	152 (73,4) [66,8-79,3]	240 (74,1) [69,0-78,5]	0,86
Siente que está contribuyendo con el cuidado de sus pacientes	468 (88,14) [85,1-90,6]	189 (91,3) [86,6-94,7]	279 (86,1) [81,9-89,4]	0,07
Considera que el número de casos reportados es confiable	32 (6,0) [4,3-8,4]	13 (6,3) [3,4-10,5]	19 (5,8) [3,8-9,0]	0,84
Considera que se están realizando las pruebas suficientes	28 (5,3) [3,7-7,5]	10 (4,8) [2,3-8,7]	18 (5,5) [3,5-8,6]	0,71

Continúa...

Considera que las medidas sanitarias adoptadas son adecuadas	120 (22,6) [19,2-26,3]	49 (23,7) [18,0-30,0]	71 (21,9) [17,7-26,7]	0,63
Considera que su comunidad ha acatado el confinamiento y cumple medidas de higiene	16 (3,0) [1,9-4,8]	4 (1,9) [0,5-4,9]	12 (3,7) [2,1-6,3]	0,24
Considera suficiente el equipo médico para atender la pandemia	50 (9,4) [7,2-12,2]	20 (9,6) [6,0-14,5]	30 (9,2) [6,5-12,9]	0,87

(*) Mantel-Haenszel

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Percepción de discriminación y asociación con factores laborales y psicológicos. Valoración de síntomas de estrés laboral

Ítems ¶	Todos (§) 531 (100%)	Con percepción de discriminación 207 (39,0%)	Sin percepción de discriminación 324 (61,0%)	P
Imposibilidad para dormir	229 (43,1) [39,0-47,4]	110 (53,1) [39,1-60,1]	119 (36,7) [31,6-42,1]	<0,001*
Jaquecas o cefaleas	219 (41,2) [37,1-45,5]	119 (57,5) [50,4-64,3]	100 (30,8) [26,1-36,1]	<0,001*
Indigestión o molestias gastrointestinales	181 (34,2) [30,3-38,3]	82 (39,6) [32,90-46,6]	99 (30,5) [25,8-35,8]	0,031*
Cansancio extremo o agotamiento	260 (48,9) [44,7-53,2]	122 (58,9) [51,9-65,7]	138 (42,6) [37,3-48,0]	<0,001*
Tendencia a comer, beber o fumar más de lo habitual	262 (49,3) [45,1-53,6]	121 (58,4) [51,4-65,2]	141 (43,5) [38,2-48,9]	0,001*
Disminución del interés sexual	192 (36,2) [32,2-40,3]	84 (40,6) [33,8-47,6]	108 (33,3) [28,4-38,6]	0,09*
Respiración entrecortada	77 (14,5) [11,8-17,7]	47(22,7) [17,2-29,0]	30 (9,2) [6,5-12,9]	<0,001*
Disminución del apetito	78 (14,7) [11,9-17,9]	42 (20,3) [15,0-26,4]	36 (11,1) [8,1-15,0]	<0,001*
Temblores musculares o tics nerviosos	64 (12,0) [9,5-15,1]	35 (16,9) [12,1-22,7]	29 (8,9) [6,3-12,5]	<0,001*
Experimentar pinchazos o sensaciones dolorosas	109 (20,5) [17,3-24,2]	55 (26,6) [20,7-33,1]	54 (16,7) [13,0-21,1]	<0,001*
Tentación para no levantarse en la mañana	199 (37,5) [33,5-41,7]	89 (43,0) [36,1-50,0]	110 (33,9) [29,0-39,3]	0,03*

Continúa...

Ítems ¶	Todos (§) 531 (100%)	Con percepción de discriminación 207 (39,0%)	Sin percepción de discriminación 324 (61,0%)	P
Sudoración o palpitaciones	78 (14,7) [11,9-17,9]	48 (23,2) [17,6-29,5]	30 (9,2) [6,5-12,9]	<0,001*
Clasificación del nivel de estrés laboral				
Sin estrés laboral	20 (3,8) [2,4-5,7]	3 (1,4) [0,3-4,2]	17 (5,2) [3,3-8,2]	0,02*
Sin estrés laboral y fase de alarma	169 (31,8) [28,0-35,9]	50 (24,1) [18,5-30,6]	119 (36,7) [31,6-42,1]	0,002*
Estrés laboral leve	186 (35,0) [31,1-39,2]	69 (33,3) [26,9-40,2]	117 (36,1) [31,1-41,5]	0,51*
Estrés laboral medio	122 (23,0) [19,6-26,7]	63 (30,4) [24,2-37,2]	59 (18,2) [14,4-22,8]	0,001*
Estrés laboral alto	29 (5,5) [3,8-7,7]	19 (9,2) [5,6-13,9]	10 (3,1) [1,7-5,6]	0,002*
Estrés laboral grave	5 (0,9) [0,4-2,2]	3 (1,4) [0,3-4,2]	2 (0,6) [0,2-2,2]	0,15**

(§) Alfa de Cronbach = 0.873 (*) Mantel-Haenszel (**) Test de Fisher

(¶) Test de estrés laboral o Cuestionario de Problemas Psicosomáticos (15)

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5. Percepción de discriminación y asociación con factores laborales y psicológicos. Presencia y severidad de ansiedad

Ítems ¶	Todos (§) 531 (100%)	Con percepción de discriminación 207 (39,0%)	Sin percepción de discriminación 324 (61,0%)	P(*)
n (%) [IC95%]				
Estar nervioso o alterado	140 (26,3) [22,8-30,3]	70 (33,8) [27,4-40,7]	70 (21,6) [17,5-26,4]	0,001
No ha podido dejar de preocuparse	194 (36,5) [32,5-40,7]	88 (42,5) [35,7-49,5]	106 (32,7) [27,8-38,0]	0,022
Preocupación excesiva	213 (40,1) [36,0-44,3]	110 (53,1) [46,1-60,1]	103 (31,8) [26,9-37,0]	<0,001
Dificultad para relajarse	207 (39,0) [34,9-43,2]	105 (50,7) [43,7-57,7]	102 (31,5) [26,7-36,7]	<0,001
Intranquilo que impide estar quieto	142 (26,7) [23,1-30,7]	73 (35,3) [28,8-42,2]	69 (21,3) [17,2-26,1]	<0,001
Sentirse irritado o enfadado con facilidad	164 (30,9) [27,1-34,9]	83 (40,1) [33,3-47,1]	81 (25,0) [20,6-30,0]	<0,001
Sentir miedo como si algo terrible fuera a suceder	215 (40,5) [36,4-44,7]	117 (56,5) [49,5-63,4]	98 (30,2) [25,5-35,4]	<0,001

Continúa...

Ítems ¶	Todos (§) 531(100%)	Con percepción de discriminación 207 (39,0%)	Sin percepción de discriminación 324 (61,0%)	P(*)
Clasificación del nivel de ansiedad				
Sin ansiedad	144 (27,1) [23,5-31,0]	31 (15,1) [10,4-20,6]	113 (34,8) [29,9-40,2]	<0,001
Ansiedad leve	178 (33,5) [29,6-37,6]	70 (33,8) [27,4-40,7]	108 (33,3) [28,4-38,6]	0,90
Ansiedad moderada	138 (26,0) [22,4-30,0]	71 (34,3) [27,8-41,2]	67(20,7) [16,6-25,4]	<0,001
Ansiedad severa	71 (13,4) [10,7-16,5]	35 (16,9) [12,1-22,7]	36(11,1) [8,13-15,0]	0,04

(§) Alfa de Cronbach = 0.793 (*) Mantel-Haenszel

(¶) Generalized Anxiety Disorder Scale [GAD-7] (17)

Fuente: elaboración propia.

Tabla 6. Percepción de discriminación y asociación con factores laborales y psicológicos. Síntomas de miedo al COVID-19

Ítems ¶	Todos (§) 531(100%)	Con percepción de discriminación 207 (39,0%)	Sin percepción de discriminación 324 (61,0%)	P (*)
n (%) [IC95%]				
Tengo mucho miedo al COVID-19	437 (82,3) [78,8-85,3]	181 (87,4) [82,14-91,6]	256 (79,0) [74,2-83,1]	0,0131
Me incomoda pensar en el COVID-19	417 (78,5) [74,8-81,8]	174 (84,1) [78,3 -88,8]	243 (75,0) [70,0-79,4]	0,0132
Me sudan las manos cuando pienso en el COVID-19	368 (69,3) [65,2-73,1]	131 (63,3) [56,3-69,9]	237 (73,1) [68,1-77,7]	0,0163
Tengo miedo de perder la vida por el COVID-19	377 (71,0) [67,0-74,7]	172 (83,1) [77,3-87,9]	205 (63,3) [57,9-68,3]	0,0001
Cuando veo noticias e historias sobre el COVID-19 me pongo ansioso	357 (67,2) [63,1-71,1]	157 (75,8) [69,4-81,5]	200 (61,7) [56,3-66,8]	0,0001
No puedo dormir porque me preocupa el COVID-19	286 (53,9) [49,6-58,1]	137 (66,2) [59,3-72,6]	149 (46,0) [40,6-51,4]	0,0001
El corazón se me acelera cuando pienso en el COVID-19	343 (64,6) [60,4-68,5]	117 (56,5) [49,5-63,4]	226 (69,7) [64,5-74,5]	0,0018

(§) Alfa de Cronbach = 0.598 (*) Mantel-Haenszel

(¶) Fear of COVID-19 Scale [FCV-19S] (18)

Fuente: elaboración propia.

Tabla 7. Percepción de discriminación y asociación con factores laborales y psicológicos. Regresión logística no ajustada

n = 531					
Variable	OR [IC95%]	Coficiente	D.E	Z- Estadístico	P
Sin ansiedad			1		
Con ansiedad	2,55 [1,78-3,65]	0,9384	0,1827	5,1375	<0,001
Sin ansiedad			1		
Ansiedad leve	2,36 [1,43-3,88]	0,8598	0,2543	3,3813	<0,001
Ansiedad moderada	3,86 [2,29-6,49]	1,3514	0,2648	5,1035	<0,001
Ansiedad severa	3,54 [1,92-6-53]	1,2652	0,3122	4,0529	<0,001
Sin estrés laboral			1		
Con estrés laboral	2,34 [1,64- 3,35]	0,8525	0,1819	4,6866	<0,001
Sin estrés laboral			1		
Sin estrés laboral y fase de alarma	2,38 [0,66-8,48]	0,8673	0,6485	1,3375	0,18
Estrés laboral leve	3,34 [0,94-11,8]	1,2063	0,6443	1,8723	0,06
Estrés laboral medio	6,04 [1,68-21,70]	1,8000	0,6519	2,7613	0,005
Estrés laboral alto	10,76 [2,53-45,73]	2,3763	0,7381	3,2196	0,001
Estrés laboral grave	8,49 [0,97-74,40]	2,1399	1,1070	1,9330	0,05
Sin miedo al COVID-19			1		
Con miedo al COVID-19	1,42 [0,94-2,04]	0,3560	0,1826	1,9494	0,05
Temores relacionados con la pandemia del COVID-19					
			1		
Haber tenido pesadillas con el virus del COVID-19	2,8 [1,9-4,1]	1,0397	0,1909	5,4469	0,0001
			1		
Sentir angustia al pensar en ir a trabajar	2,1 [1,4-3,2]	0,7668	0,2132	3,5956	0,0003
			1		
Creer haber tenido síntomas del COVID-19	2,0 [1,4-2,8]	0,6816	0,1830	3,7234	0,0002
			1		
Sentir miedo de acudir como paciente con COVID-19	1,8 [1,1-3,0]	0,6144	0,2502	2,4559	0,0141

Continúa...

n = 531					
Variable	OR [IC95%]	Coefficiente	D.E	Z- Estadístico	p
1					
Haber pensado en mudarse de casa para que la familia corra menos riesgos	1,7 [1,1-2,5]	0,5482	0,1974	2,7774	0,0055
Opinión sobre la labor médica en medio de la pandemia COVID-19					
1					
Sentirse protegido por sus superiores en el trabajo	0,4 [0,3-0,7]	-0,8500	0,2327	-3,6523	0,0003

Fuente: elaboración propia.

Se identificó estrés laboral medio/alto en más del 30 % de los participantes, con mayor prevalencia en el grupo con PDD ($p < 0.05$). A su vez, este grupo tuvo mayor respuesta afirmativa para los ítems de la prueba de estrés laboral (tabla 4). La ansiedad fue más frecuente en profesionales con PDD ($p < 0.05$) y se observó ansiedad moderada/severa en 40 % de los médicos (tabla 5); mientras que fue mayor la presencia de síntomas de miedo en el grupo con PDD ($p < 0.05$) (tabla 6).

Las cifras analizadas demostraron que la ansiedad, estrés laboral y miedo al COVID-19 se asociaron con mayor presencia de PDD ($p < 0.05$), mientras que miedo al COVID-19 tuvo OR: 1.42 con intervalo no significativo. Por otra parte, sentirse protegido por los superiores se asoció a 60 % menor presencia de PDD (tabla 7).

DISCUSIÓN

Se encontró que el 39 % de los participantes informó PDD. En diversas epidemias, incluida la de COVID-19, se ha documentado la presencia de PDD en el personal sanitario (5,6,8,22,23). La discriminación y exclusión conducen a resultados sociales perjudiciales: violencia verbal o física, abuso y señalamiento que a largo plazo dañan el tejido sociocultural (10,11,24,25). Sobre esta situación varios autores examinaron el impacto psicológico generado durante el SARS en médicos generales y practicantes de medicina tradicional china, y encontraron presencia de miedo, estigmatización y discriminación (8). La PDD guarda relación con el miedo a las enfermedades desco-

nocidas; razón por la que en tiempos de pandemia aflora el individualismo y la lucha instintiva por la supervivencia (11,24).

El impacto de la PDD en la salud ha sido precisado por diversos autores (9,11,12,26); esta puede convertirse en factor estresor e incrementan la vulnerabilidad a enfermedades físicas y mentales, sobre todo si es incontrolable (7,9). Como consecuencias de la PDD se han señalado: depresión, ansiedad, estrés postraumático, psicosis, paranoia, rabia, insatisfacción con la vida, afecto negativo, incertidumbre, negación, miedo, indignación, ira, frustración, insomnio y reducción en la autoestima; limita la capacidad para tomar decisiones, impidiendo la adopción de comportamientos saludables o autopercepciones positivas y frenando los recursos de autocontrol (8,9,11,12,14,23,27,28). Hu et al. reportaron que los médicos con PDD al menos una vez al mes tuvieron más probabilidad de presentar agotamiento mental que los que no estuvieron expuestos (29). Los efectos y repercusiones pueden variar según el estilo de afrontamiento, cultura y estructuración personal (11,24,30).

En los médicos con PDD se observó mayor presencia de miedo al valorarlo como pregunta de opinión o con la escala específica utilizada, así como ansiedad y estrés laboral. El miedo es un sistema de alarma cerebral que se activa cuando se detecta una amenaza; es un mecanismo de supervivencia para los seres vivos, especialmente el humano, y hace parte de las epidemias (5,6,10,26). El miedo afecta a los médicos, que son líderes en la primera línea de atención a la comunidad; si el miedo se desborda o genera pánico, puede superar la preparación profesional para afrontar situaciones complejas (7,12,31). Verma et al., en la epidemia por SARS, encontraron que el 37.5 % de los médicos evaluados refirieron miedo a contagiarse a sí mismos, a sus compañeros o familiares (8), mientras que en nuestro estudio se encontró en más del 90 %, sin diferencia según PDD, aunque para el instante de la toma de la información no había muertes entre los profesionales de la salud, ni colapso en la atención sanitaria, sí existía influencia mediática catastrófica procedente de Europa y predicciones desalentadoras para las siguientes semanas en Colombia.

Ahora bien, ansiedad, estrés, pesadillas, angustia con respecto a tener que trabajar y creer tener síntomas de COVID-19 se asociaron más de dos veces con PDD, mientras que el miedo incrementó un 42 % y pensar en mudarse en un 70 %. La PDD implica cambios en el comportamiento y fomenta estrés, que a su vez pueden anticipar o incrementar la sensibilidad a la PDD (6,11,32). Varios autores enfatizan que el estrés es mediador entre la PDD y la salud de los individuos, y se compor-

ta como estresor social (22,24,25). La presencia y severidad de estrés laboral que se observaron en los médicos estudiados pueden indicar desempeño en entornos no inclusivos, lo cual tiene implicaciones negativas en cuanto a afrontamiento, autoeficacia e inteligencia emocional (31,33).

El estrés puede afectar el accionar médico, provoca enfermedad, pérdida de productividad, deseo de retirarse de la profesión y deterioro de la calidad de vida (8,9,28). Grover et al. observaron estrés moderado/alto en más del 80 % de los médicos estudiados (34). Sarsosa et al. identificaron alta presencia de dolor cervical, espalda y tensión muscular, expresiones indicativas de ambiente estresante, perjudiciales para la salud (32). También la PDD se ha relacionado con hipertensión arterial y otras alteraciones cardiovasculares, mala calidad de salud, cáncer de mama, obesidad y uso de sustancias psicoactivas, sobre todo cuando esta es crónica o intensa (9,11,29).

Si bien el miedo y el estrés responden a factores externos, la ansiedad proviene del interior del individuo como elemento fisiológico y, en consecuencia, la interrelación con esas emociones la puede tornar patológica (26,35). Se encontró que el 70 % de los médicos generales presentó ansiedad; prevalencia superior a la reportada por Lai et al., quienes la encontraron en la mitad del personal sanitario evaluado que había estado expuesto al COVID-19 (36); Gong *et al.* notificaron que el 25 % de un grupo de médicos presentó ansiedad (31). Por su parte, Huang *et al.*, en la epidemia por COVID-19, encontraron alta incidencia de ansiedad y estrés, por lo que recomiendan que las instituciones fortalezcan la capacitación en habilidades psicológicas de sus profesionales de la salud (14).

Esta investigación tiene como fortaleza ser de las primeras en abordar la PDD en médicos colombianos en momentos de pandemia; fue realizada con un cuestionario de fácil diligenciamiento y dos escalas, que tuvieron una adecuada fiabilidad entre los participantes. Los datos fueron obtenidos de una muestra reducida de médicos generales y no deben extrapolarse a la población colombiana de médicos generales. Son necesarios otros estudios más amplios en muestras poblacionales estratificadas.

De igual modo, una de las fortalezas de este estudio es el uso de herramientas virtuales, pues permitieron amplia participación de profesionales en pocos días. Pese a ello, es una limitación al no permitir la validación de los criterios de inclusión y la captación adecuada de la población por estudiar. A esto se suma que fue mayor la participación de médicos jóvenes; posiblemente porque

las mayores edades tienen más ocupaciones, acceden menos a las redes sociales o tienen menor interés o habilidad para responder consultas virtuales. No se conoce la proporción de médicos generales que tienen vinculación a redes sociales.

Respecto a las limitaciones, este estudio tiene las propias de los diseños transversales, establece asociaciones estadísticas, no causalidades. No se interrogó el uso de equipos de bioseguridad ni el antecedente de ansiedad o depresión. Pueden estar presentes varios sesgos, como el de memoria; por ello se cerró la fase de valoración a solo una semana cuando el país ya estaba en cuarentena. Cabe suponer que han estado más dispuestos a responder los participantes que han experimentado PDD, afectaciones laborales o psicológicas, lo que puede inducir sobrestimación en los resultados. La escala FCV-19S no está validada en español, lo cual es una limitación importante, además tuvo baja fiabilidad entre los participantes. Se necesitan amplios estudios en médicos colombianos que laboren en condiciones de epidemia para que sea posible precisar cómo la PDD influye en aspectos psicosomáticos y psicosociales.

Por último, se recomienda a los funcionarios sanitarios y gubernamentales tener presente que es necesaria la implementación de políticas de sensibilización sobre la problemática y generar acciones de inclusión que disminuyan la PDD en la comunidad, durante y después de las epidemias, puesto que los impactos en la salud mental persisten por años (4,5,7,9,10,23). En el grupo estudiado se encontraron cifras importantes de ansiedad, estrés laboral, miedo y PDD, con significativa asociación entre ellas, lo cual es un punto inicial para futuras evaluaciones. Adicionalmente, se deben aplicar acciones de salud ocupacional para proteger la integridad de los médicos en medio de las epidemias/pandemias. La valoración clínica individual y rutinaria es pertinente para identificar los casos de PDD en que es necesaria la intervención terapéutica, en términos de apoyo psicoterapéutico. La PDD por los médicos, por su condición de profesionales de salud, en momentos de epidemias hace parte de los fenómenos sociales inaceptables. No obstante, están fuertemente arraigados en el imaginario colectivo de las comunidades, con deficiente presencia de valores como solidaridad, humanismo, tolerancia y comprensión.

CONCLUSIÓN

Dos de cada cinco médicos generales informaron PDD. Se observó asociación de PDD con factores laborales y psicológicos, incluyendo miedo al COVID-19, en un grupo de médicos generales colombianos.

Contribuciones de los autores: Los tres autores participaron en la creación y diseño del proyecto: en las tres fases del trabajo de campo virtual, análisis de los datos estadísticos (especialmente AGS), búsqueda bibliográfica, escritura del manuscrito, correcciones (especialmente TBB) y aprobación del informe final.

Agradecimientos

Al grupo de médicos generales de Colombia que gentilmente dedicaron tiempo para aceptar la invitación y diligenciar el formulario propuesto.

A los siguientes integrantes del grupo de investigación Salud de la Mujer que vinculados al proyecto DISEU participaron incentivando la convocatoria: Mejía-Mantilla Alexa, Quintana-Guardo Freddy, Redondo-Mendoza Velia, Mercado-Lara María, Ordosgoitia-Parra Estefana, Buevas-de-la-Rosa Camila, Flores-Monterrosa Chabeli, Monterrosa-Blanco Angélica, Contreras-Saldarriaga Jorge, Ahumada-Romero Diana, Pérez-Romero Diana, Salas-Becerra Cindy, Romero-Martínez Geraldine, Romero-Martínez Shairine, Espitia-Espitia Boris, López-García Teresa, Pinzón-Llanos Joseph, Marrugo-Flórez Martha, Contreras-Saldarriaga Jorge, Dávila-Ruiz Raúl

Conflictos de intereses: Ninguno que declarar.

Financiación: Los autores no recibieron recursos económicos por su participación en la investigación. El grupo de investigación Salud de la Mujer recibió apoyo logístico, financiero y aval de la Universidad de Cartagena para realizar este estudio, por medio del Plan de *Fortalecimiento y sostenibilidad de grupos de investigación* categorizados por Colciencias. Acta 064-2019 y Resolución 01430-2019.

REFERENCIAS

1. PAHO/WHO. WHO characterizes COVID-19 as a pandemic . Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15756:who-characterizes-covid-19-as-a-pandemic&Itemid=1926&lang=en
2. Li H, Liu SM, Yu XH, Tang SL, Tang CK. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): current status and future perspectives. *Int J Antimicrob Agents*. 2020 Mar 29:105951. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105951>

3. Hui DS, Azhar EI, Madani TA, Ntoumi F, Kock R, Dar O et al. The continuing 2019-nCoV epidemic threat of novel Coronaviruses to global health: the latest 2019 novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. *Int J Infect Dis*. 2020 Feb;91:264-266. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.01.009>
4. Ledermann W. The Man and his epidemics through the History. *Rev Chile Infectol*. 2003;20(Supp 2):13-17. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182003020200003>
5. Molina del Villar A. Influenza A (H1N1): study regarding the sanitary contingency and the emergence of a pandemic from an epidemiological, social and historical perspective. *Desacatos*. 2010;(32):9-14. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n32/n32a2.pdf>
6. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Paim-Kessler FH. "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. *Braz J Psychiatry*. 2020 Apr 3;S1516-44462020005008201. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>
7. Manderson L, Levine S. COVID-19, risk, fear, and fall-out. *Med Anthropol*. 2020 Mar 26;1-4. <http://dx.doi.org/10.1080/01459740.2020.1746301>
8. Verma S, Mythily S, Chan YH, Deslypere JP, Teo EK, Chong SA. Post-SARS psychological morbidity and stigma among general practitioners and traditional Chinese medicine practitioners in Singapore. *Ann Acad Med Singapore*. 2004 Nov;33(6):743-748.
9. Pascoe EA, Smart Richman L. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychol Bull*. 2009 Jul;135(4):531-554. <https://doi.org/10.1037/a0016059>
10. He J, He L, Zhou W, Nie X, He M. Discrimination and social exclusion in the outbreak of COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Apr 23;17(8):E2933. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082933>
11. American Psychological Association. Stress in America: the impact of discrimination. 2016. Disponible en: <https://www.apa.org/news/press/releases/stress/2015/impact-of-discrimination.pdf>
12. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Xiang Yang B et al. The Mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*. 2020 Mar;7(3):e14. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X)
13. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
14. Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP. [Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19]. [Article in Chinese] *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi*. 2020 Mar 4;38(0):E001. <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063>

15. Hock RR. Professional Burnout among public school teachers. *Public Personnel Management*. 1988;17(2):167-189. <https://doi.org/10.1177/009102608801700207>
16. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092-1097.
17. García-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pardo A, Pérez-Páramo M, López-Gómez V et al. Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-8>
18. Ahorsu DK, Lin CY, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The Fear of COVID-19 Scale: development and initial validation. *Int J Ment Health Addict*. 2020 Mar 27:1-9. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>
19. El Espectador.com . En Colombia hay un médico por cada 846 habitantes. Prensa (Colombia) 27 de febrero- de 2012. Disponible en: <https://www.elespectador.com/noticias/salud/colombia-hay-un-medico-cada-846-habitantes-articulo-329003>
20. López L. El país necesita más personal en salud. El Colombiano. 24 de mayo de 2018. Disponible en: <https://www.elcolombiano.com/colombia/salud/el-pais-necesita-mas-personal-en-salud-NC8747438>
21. Sánchez AM. Por cada 1.000 habitantes en Colombia, hay alrededor de 1,5 médicos generales. La República. 25 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.larepublica.co/economia/por-cada-1000-habitantes-en-colombia-hay-aproximadamente-15-medicos-generales-2982596>
22. Shultz JM, Cooper JL, Baingana F, Oquendo MA, Espinel Z, Althouse BM et al. The Role of fear-related behaviors in the 2013–2016 west Africa Ebola virus disease outbreak. *Current Psychiatry Reports*. 2016;18:104. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0741-y>
23. Reardon S. Ebola's mental-health wounds linger in Africa. *Nature*. 2015;519:13-14. <https://doi.org/10.1038/519013a>
24. Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Stress and coping. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/managing-stress-anxiety.html>
25. Devakumar D, Shannon G, Bhopal SS, Abubakar I. Racism and discrimination in COVID-19 responses. *Lancet*. 2020 Apr 11;395(10231):1194. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30792-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30792-3)

26. Garcia R. Neurobiology of fear and specific phobias. *Learn Mem.* 2017;24:462-71. <https://doi.org/10.1101/lm.044115.116>
27. Gee GC. A Multilevel Analysis of the relationship between institutional and individual racial discrimination and health status. *Am J Public Health.* 2008 Sep;98(9 Suppl):S48-56. https://doi.org/10.2105/ajph.98.supplement_1.s48
28. Khan M, Ilcisin M, Saxton K. Multifactorial discrimination as a fundamental cause of mental health inequities. *Int J Equity Health.* 2017 Mar 4;16(1):43. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0532-z>
29. Hu YY, Ellis RJ, Hewitt DB, Yang AD, Cheung EO, Moskowitz JT. Discrimination, abuse, harassment, and burnout in surgical residency training. *N Engl J Med.* 2019 Oct 31;381(18):1741-1752. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1903759>
30. Bianchi FT, Zea MC, Poppen PJ, Reisen CA, Echeverry JJ. Coping as a mediator of the impact of sociocultural factors on health behavior among HIV-positive latino gay men. *Psychology & Health.* 2004;19(1):89-101. <https://doi.org/10.1080/08870440410001655340>
31. Gong Y, Han T, Chen W, Dib HH, Yang G, Zhuang R et al. Prevalence of anxiety and depressive symptoms and related risk factors among physicians in China: a cross-sectional study. *PLoS One.* 2014 Jul 22;9(7):e103242. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0103242>.
32. Sarsosa-Prowesk K, Charria-Ortiz VH. Estrés laboral en personal asistencial de cuatro instituciones de salud nivel III de Cali, Colombia. *Univ. Salud.* 2018;20(1):44-52. <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182001.108>
33. Molero-Jurado MM, Pérez-Fuentes MC, Oropesa-Ruiz NF, Simón-Márquez MM, Gázquez-Linares JJ. Self-efficacy and emotional intelligence as predictors of perceived stress in nursing professionals. *Medicina (Kaunas).* 2019 Jun 1;55(6):237. <https://doi.org/10.3390/medicina55060237>
34. Grover S, Dua D, Shouan A, Nehra R, Avasthi A. Perceived stress and barriers to seeking help from mental health professionals among trainee doctors at a tertiary care centre in North India. *Asian J Psychiatr.* 2019;39:143-149. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.12.020>
35. Dean E. Anxiety. *Nurs Stand.* 2016;30(46):15. <https://doi.org/10.7748/ns.30.46.15.s17>
36. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open.* 2020;3(3):e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>