

Artículo de investigación

Percepción de discriminación social por médicas generales colombianas al inicio de una pandemia y su asociación con estrés laboral, ansiedad y miedo

Perceived social discrimination among Colombian women general practitioners at the onset of a pandemic and its association with work-related stress, anxiety and fear

Álvaro Monterrosa Castro MD^a
Angélica Monterrosa Blanco MD^b
Virginia Romero Gutiérrez^c

^a Investigador Senior, Grupo de Investigación Salud de la Mujer, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena, Colombia.

^b Mag. en Epidemiología Clínica y Esp. Ginecología y Obstetricia, Universidad FUCS, Bogotá, Colombia. Grupo de Investigación Salud de la Mujer, Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena, Colombia.

^c Facultad de Medicina, Grupo de Investigación Salud de la Mujer, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena, Colombia.

RESUMEN

Introducción: las situaciones biopsicosociales que amenacen la integridad personal pueden generar percepción de discriminación social (PDS) y fue insuficiente la información de los médicos latinoamericanos en la pandemia. **Objetivo:** identificar la frecuencia de PDS en médicas generales colombianas que realizaban atención sanitaria al inicio de la última pandemia y estimar la asociación con expresiones o manifestaciones de estrés laboral, ansiedad o miedo. **Material y métodos:** estudio transversal con la información entregada por médicas generales colombianas entrevistadas mediante un formulario electrónico en abril 2020, durante la cuarentena. Contestaron preguntas sobre expresiones o manifestaciones de estrés laboral, ansiedad y miedo agrupándolas por haber presentado PDS y ser profesionales de la salud. Se realizó regresión logística bivariada. **Resultados y discusión:** se evaluaron 316 médicas generales, 39,3% informó haber presentado PDS entre el 24 y 30 de marzo 2020. Fueron más frecuentes el miedo a la pandemia, pesadillas, deseo de mudarse o considerar dejar el trabajo para proteger a familiares, ansiedad con las noticias, estrés laboral, manos húmedas y trastorno de ansiedad generalizada ($p < 0,05$).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Fecha recibido: 05 de marzo 2025

Fecha aceptado: 28 de octubre 2025

Autor para correspondencia.

Dr. Álvaro Monterrosa Castro
alvaromonterrosa@gmail.com

DOI

10.31260/RepertMedCir.01217372.1722

Sentirse protegido por el sistema de salud se asoció con menor posibilidad de PDS (58%). *Conclusión:* cuatro de cada diez participantes informaron PDS. Varias expresiones o manifestaciones de estrés laboral, de ansiedad y de miedo al virus que generaba la pandemia, se asociaron en forma significativa con PDS.

Palabras clave: discriminación social, médicos generales, estrés laboral, ansiedad, miedo, pandemia.

© 2026 Universidad FUCS.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

ABSTRACT

Introduction: biopsychosocial situations that threaten personal integrity can generate perceived social discrimination (PSD), as information provided to Latin American physicians during the pandemic was not sufficient. *Objective:* to assess the frequency of PSD among Colombian women general practitioners (GPs) providing patient care at the onset of the recent pandemic and estimate its relationship with work-related stress, anxiety or fear expressions and manifestations. *Material and methods:* a cross-sectional study of data provided by Colombian women GPs completing an online survey in April 2020, during the quarantine. Respondents answered questions regarding work-related stress, anxiety and fear, which were grouped based on experiencing PSD, as healthcare professionals. Bivariate logistic regression was used. *Results and discussion:* 316 women GPs were surveyed, 39.3% reported experiencing PSD between March 24 and 30, 2020. Fears of the pandemic, nightmares, intention to move or leave their jobs to protect their families, news-related anxiety, work-related stress, sweaty hands and generalized anxiety disorder ($p<0.05$), were the most frequent disturbances. A feeling of protection from the healthcare system was associated with a lower likelihood of PSD (58%). *Conclusion:* 4 out of 10 respondents reported PSD. Work-related stress, anxiety and fear of the pandemic causative virus, were significantly associated with PSD.

Key words: social discrimination, general practitioners, work-related stress, anxiety, fear, pandemic.

© 2026 Universidad FUCS.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

La discriminación social se refiere a situaciones de desigualdad que niegan el disfrute de las oportunidades. También es comprendida como el tratamiento diferencial, por lo regular injusto, del que es objeto una persona o un grupo por el hecho de hacer parte de una categoría social. Es toda conducta que tiende a limitar o negar el trato igualitario a individuos o grupos sociales.¹ Se puede clasificar en individual (entre personas, donde la relación interpersonal es negativa sin razón ni fuerza contextual) o en colectiva (trato verbal, gestual, negativo e inferior hacia un conglomerado).^{1,2}

La discriminación social se presenta o intensifica cuando existen situaciones amenazantes para la integridad personal o comunitaria.³ En la pandemia H1N1-pdm09 como en la COVID-19, se notificaron emociones negativas (pánico, estrés, incertidumbre y ansiedad) y comportamientos no deseados (violencia étnica/racial, estigmatización y discriminación).⁴⁻⁹ El COVID-19 fue declarado el 30 de enero de 2020 como emergencia de salud pública, el 25 de febrero se detectó en Brasil el primer caso en América del Sur, dos semanas más tarde el primero en Colombia, y el 11 de marzo fue declarada pandemia.⁷ En mayo de 2023 se dio por fina-

lizada la emergencia sanitaria y la Universidad John Hopkins informó que a nivel global se presentaron 676.609.955 casos, se administraron 13.338.833.195 dosis de vacunas y 6.881.955 personas fallecieron.^{8,9}

Los estudios latinoamericanos que exploraran la percepción de discriminación social (PDS) bajo condiciones biológicas amenazantes fueron escasos. En Colombia no hay cifras sobre la magnitud de la PDS entre profesionales de la salud estando en curso la pandemia. Tampoco es amplia la información en el contexto de América Latina. El objetivo fue identificar la frecuencia de PDS en médicas generales colombianas que ejercían actividades de atención sanitarias al inicio de la última pandemia generada por un coronavirus y estimar la asociación entre PDS con varias expresiones de estrés laboral, ansiedad y miedo.

MÉTODOS

Este es un subanálisis de un estudio transversal que hace parte del proyecto de investigación DISEU (Dinámicas

Psicosociales en Estudiantes Universitarios), perteneciente a la línea de investigación Colectivos Universitarios, aprobado por el Comité de Ética de Investigación acta 03-2020 y ajustado a la declaración de Helsinki e Informe Belmont. Otros hallazgos basados en este proyecto han sido publicados.¹⁰ La iniciativa STROBE fue considerada al estructurar el presente informe.

Participantes: médicas generales graduadas que entregaron información en los primeros cinco días de abril 2020 y notificaron haber laborado entre el 24 y 30 de marzo de ese mismo año, atendiendo pacientes con cualquier patología o condición de salud en instituciones públicas o privadas. El país en ese momento se encontraba en cuarentena obligatoria, no había fallecido ningún profesional de la salud a consecuencia de la pandemia, el sistema de salud no se había desbordado y se multiplicaban los escenarios para la atención de pacientes. Además, había perturbación derivada de las noticias de acaparamiento de alimentos, pánico y muertes, proveniente de Europa y Asia. La participación fue sin remuneración, anónima y voluntaria, firmando el consentimiento informado y el único criterio de exclusión fue dejar el formulario incompleto.

Herramientas: se diseñó un formulario electrónico en la plataforma Google Forms® que permitía obtener información clínica, psicosocial y sociodemográfica, solicitando que las respuestas llegaran antes de la última semana de marzo de 2020. Para explorar expresiones de estrés laboral, ansiedad y miedo al virus y a la pandemia, se utilizaron preguntas para contestar **Sí** o **No**, que surgieron de una lluvia de ideas.

Para complementar las expresiones de estrés laboral, ansiedad y miedo, se agregaron tres escalas que hemos descrito ampliamente en una publicación previa.¹⁰ De forma breve, la primera fue el cuestionario de problemas psicosomáticos que está compuesto por doce ítems que tienen como opción de respuesta: nunca, casi nunca, pocas veces, a veces, con relativa frecuencia y muy frecuentemente. Puntuación global >25 sugiere estrés laboral. En el presente estudio, las respuestas “con relativa frecuencia” y “muy frecuentemente”, sugirieron que la expresión de estrés laboral explorada estaba presente. La segunda escala, fue GAD-7 (Generality Anxiety Diseases) compuesta por ítems que se respondían: nunca, menos de la mitad de los días, más de la mitad de los días y casi todos los días, entregándose de cero a tres puntos, respectivamente. Puntuación global > 10 identifica posible trastorno de ansiedad generalizada. Además, clasifica la severidad de la ansiedad de la siguiente manera: leve (5-9), moderada (10-14) y severa (15-21). En este informe, la respuesta “nunca” de cada ítem indicó ausencia de expresión de ansiedad y las otras tres indicaron presencia. Al final, la tercera escala fue FCV-19S (Fear COVID-19 Scale) de adecuada validez, traducida a varios idiomas y aplicada en diferentes grupos poblacionales, posee 7 interrogantes con cinco opciones de respuesta que se puntúan de uno a cinco. En el presente estudio, la puntuación cuatro y cinco de cada ítem indicaron la presencia de miedo y los tres restantes sugirieron ausencia.

Análisis estadístico: se realizó con EPI-INFO-7 (Centro para el Control y Prevención de Enfermedades, Atlanta, Estados Unidos). En 2021, el Ministerio de Salud de Colombia informó que el país contaba con 94.892 médicos generales, de los cuales 52,2% eran mujeres y 47,8% eran hombres.¹⁰ Se estimó el tamaño de muestra de 382 médicas generales, 50% de heterogeneidad, 95% de nivel de confianza y 5% de margen de error. Se definieron dos grupos: las que habían presentado PDS y las que no lo habían presentado, según respuesta a la pregunta: ¿ha percibido que ha sido discriminada en su comunidad por ser profesional de la salud? Las variables cuantitativas se presentan en mediana con rangos intercuartílicos o media con desviación estándar, y las categóricas en frecuencias absolutas y porcentuales. Las diferencias entre variables cuantitativas se estimaron con U de Mann-Whitney o ANOVA, y entre cualitativas con Chi² o prueba de Fisher. Se realizó regresión logística bivariada para estimar asociación entre PDS con las expresiones de estrés, ansiedad y miedo.

RESULTADOS

En la base de datos del proyecto de investigación DISEU se identificaron 322 formularios diligenciados por médicas generales, 6 (5,2%) estaban incompletos y fueron descartados. Por lo tanto, se analizó la información de 316 mujeres médicas

generales, 82,7% del tamaño de la muestra calculada, y residentes en diversas regiones geográficas colombianas, 41,9% tenían más de treinta años y 124 (39,3%) refirieron haber presentado PDS en el inicio de la pandemia del coronavirus y básicamente por el hecho de ser profesional de la salud.

Tener pesadillas o angustia por el virus, desear mudarse sola o considerar dejar el trabajo para proteger a los familiares, fueron más frecuentes entre las médicas que habían presentado PDS ($p<0,05$). Entre las participantes que no habían presentado PDS fue más común que se sintieran protegidas por el sistema de salud ($p<0,05$). La **tabla 1** presenta las características etarias y las opiniones afirmativas del listado de expresiones o manifestaciones de estrés laboral, ansiedad y miedo, entregadas por todas las participantes.

En la totalidad de las encuestadas el estrés laboral fue 73,4%, en las que cursaron con PDS 79,0% y 69,8% en las que no lo había presentado ($p<0,05$). En las primeras fue mayor la dificultad para dormir, cefalea, sensación de ahogo, disminución del apetito, temblores musculares y palpitaciones ($p<0,05$) (**tabla 2**).

Se observó posible trastorno de ansiedad generalizada en 48,4% de las participantes, en 59,6% de las que habían presentado PDS y 41,1% de las que no ($p<0,05$). Entre las que habían presentado PDS se observó peor puntuación en las expresiones de ansiedad y de posible trastorno de ansiedad generalizada ($p<0,05$) (**tabla 3**).

Tabla 1. Características etarias y opiniones afirmativas sobre expresiones o manifestaciones de estrés laboral, ansiedad y miedo

	Todas n=316	Había presentado percepción de discriminación social n=124 (39,3)	No había presentado percepción de discriminación social n=192 (60,7)	P
Edad	29,0 [26,0-34,0]	29,0 [26,0-35,0]	29,0 [26,0-34,0]	0,61 *
Rango etario 21-30 años	183 (57,9)	69 (55,6)	114 (59,3)	
Rango etario 31-40 años	100 (31,6)	42 (33,8)	58 (30,2)	
Rango etario 41-50 años	24 (7,5)	8 (6,4)	16 (8,3)	0,46†
Rango etario 51-60 años	7 (2,2)	3 (2,4)	4 (2,0)	
Rango etario 61-70 años	2 (0,6)	2 (1,6)	=	
¿Tiene temor de presentar síntomas similares a los del COVID-19?	133 (42,0)	63 (50,8)	70 (36,4)	<0,05‡
¿Le preocupa ser portadora asintomática del virus coronavirus?	190 (60,1)	84 (67,7)	106 (55,2)	<0,05‡
¿Quiere mudarse sola para evitar llevar el virus de la pandemia a casa?	226 (71,5)	102 (82,2)	124 (64,5)	<0,05‡
¿Se siente decepcionada por trabajar como médica en la pandemia?	192 (60,7)	90 (72,5)	102 (53,1)	<0,05‡
¿Se siente protegida por el sistema de salud durante su trabajo diario?	76 (24,0)	19 (15,3)	57 (29,6)	<0,05‡
¿Le preocupa haber presentado pesadillas con el virus de la pandemia?	121 (38,2)	62 (50,0)	59 (30,7)	<0,05‡
¿Se siente angustiada todos los días al saber que tiene que ir a trabajar?	244 (77,2)	103 (83,0)	141 (73,4)	<0,05‡
¿Ha considerado renunciar al trabajo para protegerse y a su familia?	171 (54,1)	81 (65,3)	90 (46,8)	<0,05‡
¿Se siente angustiada desde que comenzó la pandemia?	75 (23,7)	37 (29,8)	38 (19,7)	<0,05‡
¿Cumple su actividad laboral médica en áreas urbanas?	232 (73,4)	98 (79,0)	134 (69,7)	0,06‡
¿Tiene miedo de tener que consultar como paciente con COVID-19?	263 (83,2)	109 (87,9)	154 (80,2)	0,07‡
¿Tiene miedo de llevar el virus a la casa?	305 (96,5)	120 (96,7)	185 (96,3)	0,55‡
¿Tiene miedo de contagiarse con el virus en el trabajo como médica?	303 (95,8)	120 (96,7)	183 (95,3)	0,52‡
¿Cree que se puede presentar alta mortalidad entre los médicos?	298 (94,3)	115 (92,7)	183 (95,3)	0,33‡
¿Está satisfecha con el trabajo diario que realiza en la pandemia?	238 (75,3)	93 (75,0)	145 (75,5)	0,91‡
¿Piensa que contribuye a mejorar la situación de la pandemia?	281 (88,9)	112 (90,3)	169 (88,0)	0,52‡

Los datos de la edad se presentan en mediana (rango intercuartílico), o en valor absoluto y (porcentual). Valor de p estimado con (*) Mann-Whitney, (†) Fisher, (‡) chi2, Fuente: los autores.

Tabla 2. Expresiones o manifestaciones de estrés laboral. Evaluación realizada con la versión modificada del cuestionario de problemas psicosomáticos

	Todas n=316	Había presentado percepción de discriminación social n=124 (39,3)	No había presentado percepción de discriminación social n=192 (60,7)	P
Imposibilidad de conciliar el sueño	3,2 ± 1,4	3,5 ± 1,4	3,0 ± 1,4	<0,05
Migrañas y dolor de cabeza	3,3 ± 1,4	3,7 ± 1,4	3,1 ± 1,4	<0,05
Dificultad para respirar o sensación de ahogo	1,9 ± 1,4	2,4 ± 1,6	1,6 ± 1,1	<0,05
Disminución del apetito	2,1 ± 1,3	2,3 ± 1,5	1,9 ± 1,2	<0,05
Temblores musculares	1,7 ± 1,2	1,9 ± 1,4	1,6 ± 1,1	<0,05
Tendencia a sudar o palpitaciones	1,9 ± 1,4	2,2 ± 1,5	1,7 ± 1,2	<0,05
Estrés laboral	32,8 ± 11,4	35,7 ± 12,3	30,9 ± 10,4	<0,05
Indigestión o malestar gastrointestinal	2,9 ± 1,6	3,1 ± 1,6	2,8 ± 1,6	0,10
Sensación de cansancio extremo o agotamiento	3,5 ± 1,5	3,7 ± 1,5	3,3 ± 1,5	0,03
Tendencia a comer, beber o fumar más de lo habitual	3,4 ± 1,6	3,7 ± 1,7	3,2 ± 1,6	0,01
Disminución del interés sexual	3,1 ± 1,7	3,2 ± 1,7	3,0 ± 1,6	0,39
Sensaciones dolorosas en diferentes partes del cuerpo	2,3 ± 1,6	2,4 ± 1,5	2,2 ± 1,6	0,15
Fuertes tentaciones de no despertarse por la mañana	3,0 ± 1,6	3,1 ± 1,5	2,9 ± 1,6	0,23

Los datos se presentan en media y desviación estándar X ± DS. A mayor puntuación peor desempeño, Valor de p estimado con ANOVA. Fuente: los autores.

Tabla 3. Expresiones o manifestaciones de ansiedad. Escala GAD-7 [Generalized Anxiety Disorder]

	Todas n=316	Había presentado percepción de discriminación social n=124 (39,3)	No había presentado percepción de discriminación social n=192 (60,7)	P
Sentirse nerviosa o ansiosa	1,2 ± 0,9	1,4 ± 0,9	1,1 ± 0,9	<0,05
Preocuparse demasiado por cosas diferentes	1,5 ± 0,9	1,7 ± 0,9	1,3 ± 0,9	<0,05
Dificultad para relajarse	1,4 ± 0,9	1,6 ± 0,8	1,3 ± 0,9	<0,05
Estar inquieta que es difícil el control	1,0 ± 0,9	1,3 ± 0,9	0,9 ± 0,9	<0,05
Volverse fácilmente molesta/ irritable	1,2 ± 0,9	1,4 ± 0,9	1,1 ± 0,8	<0,05
Sentir miedo, como si algo horrible pudiera suceder	1,4 ± 1,0	1,7 ± 0,9	1,2 ± 1,0	<0,05
Posible trastorno de ansiedad generalizada	9,5 ± 5,2	10,9 ± 4,8	8,6 ± 5,2	<0,05
No poder detenerse o controlar la preocupación	1,4 ± 0,9	1,5 ± 0,9	1,4 ± 0,9	0,74

Los datos se presentan en media y desviación estándar X ± DS. A mayor puntuación peor estado de ansiedad. Valor de p estimado con ANOVA. Fuente: los autores.

El 80,1% de las participantes informó tener miedo a perder la vida a causa del virus causante de la pandemia. La cifra fue superior entre las que había presentado PDS, 91,1% vs 72,9% (p<0,05) (tabla 4).

La mitad de las expresiones de estrés, ansiedad o miedo, se asociaron con una mayor posibilidad de PDS (p<0,05). Sentirse protegida por el Sistema Nacional de Salud durante el trabajo diario se relacionó con una probabilidad un 58% menor de presentar PDS. (tabla 5).

Tabla 4. Expresiones o manifestaciones de miedo. FCV-19S (Fear of COVID-19 Scale)

	Todas n=316	Había presentado percepción de discriminación social n=124 (39,3)	No había presentado percepción de discriminación social n=192 (60,7)	P
Tener miedo a perder la vida a causa del virus del COVID-19	253 (80,1)	113 (91,1)	140 (72,9)	<0,05 [†]
Presentar nerviosismo al ver noticias o historias sobre la pandemia	245 (77,5)	106 (85,4)	139 (72,4)	<0,05 [†]
No poder dormir porque le preocupa contraer el virus	184 (58,2)	86 (69,3)	98 (51,0)	<0,05 [†]
El corazón se acelera al pensar que puede contraer la enfermedad	189 (59,8)	64 (51,6)	125 (65,1)	<0,05 [†]
Tener miedo a la enfermedad del COVID-19	263 (83,2)	109 (87,9)	154 (80,2)	0,07 [†]
Incomodarse al pensar en el virus	271 (85,7)	107 (86,2)	164 (85,4)	0,82 [†]
Las manos se ponen húmedas cuando piensa en la pandemia	209 (66,1)	75 (60,4)	134 (69,7)	0,08 [†]

Los datos se presentan en media y desviación estándar X ± DS. A mayor puntuación peor desempeño. Valor de p estimado con ANOVA. Fuente: los autores.

Tabla 5. Factores asociados con percepción de discriminación social. Regresión logística bivariada

	OR	IC95%	P
Síntomas moderados de ansiedad	4,09	1,89-8,84	<0,05
Síntomas severos de ansiedad	3,84	1,66-8,88	<0,05
Sentir miedo como si algo horrible pudiera suceder	3,81	1,90-7,65	<0,05
Tener miedo de perder la vida a causa del virus de la pandemia	3,81	1,90-7,65	<0,05
Preocuparse demasiado por cosas diferentes	3,00	1,34-6,75	<0,05
Estar tan inquieta que es difícil el control	2,69	1,60-4,52	<0,05
Tener ganas de mudarse para evitar llevar el virus a casa	2,54	1,47-4,39	<0,05
Presentar estrés relacionado con el trabajo	2,37	1,48-3,78	<0,05
Sentirse decepcionada por tener que trabajar como médica general en la pandemia	2,33	1,43-3,79	<0,05
Haber presentado pesadillas con el virus de la pandemia	2,25	1,41-3,59	<0,05
Sentirse nerviosa o ansiosa	2,24	1,24-4,05	<0,05
Estar nerviosa o ansiosa al ver noticias e historias sobre la pandemia	2,24	1,24-4,05	<0,05
No poder dormir porque le preocupa contraer la enfermedad	2,17	1,34-3,49	<0,05
Síntomas leves de ansiedad	2,17	1,17-5,43	0,017



Haber considerado renunciar al trabajo para protegerse a sí mismo y a su familia,	2,13	1,33-3,40	<0,05
Posible trastorno de ansiedad generalizada	2,11	1,33-3,35	<0,05
Volverse fácilmente molesta o irritable	2,03	1,10-3,74	<0,05
Miedo a tener síntomas similares a los del virus	1,80	1,13-2,84	<0,05
Sentir angustia todos los días al saber que hay que ir a trabajar	1,77	1,00-3,12	<0,05
Sentir angustia desde que comenzó la pandemia	1,72	1,02-2,90	<0,05
Miedo a ser portadora asintomática del virus del COVID-19	1,70	1,06-2,73	<0,05
Sentirse protegida por el sistema de salud durante el trabajo diario	0,42	0,24-0,76	<0,05

Fuente: los autores.

DISCUSIÓN

Se encontró en un grupo de médicas que ejercían su profesión al inicio de la reciente pandemia, que cuatro de cada diez habían presentado PDS por el hecho de ser profesionales de la salud. Fue elevada la frecuencia de este fenómeno, que sigue existiendo de forma natural, aunque es una expresión degradante.¹¹ No se compara la frecuencia encontrada de PDS con lo reportado por otros autores debido a la heterogeneidad de los estudios, especialmente por el uso de distintas herramientas de medición y la influencia de los patrones socioculturales.

La PDS se basa en costumbres que han configurado un imaginario social donde existen jerarquías entre superiores e inferiores, y muchas diferencias se justifican por razones raciales, religiosas, políticas, de género, mentales, biológicas o circunstanciales.¹² Los fenómenos naturales catastróficos, los conflictos violentos y los brotes infecciosos incontrolados pueden fomentar la PDS. Durante las epidemias, se ha documentado la PDS contra pacientes y profesionales de la salud.¹³

Almutairi y col.¹⁴ en un estudio realizado durante la epidemia del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS, por sus siglas en inglés), una enfermedad respiratoria grave que afecta principalmente al tracto respiratorio superior y causa tos, fiebre, dificultad para respirar y una mortalidad aproximada del 35%, describieron que los profesionales de la salud sobrevivientes a la infección fueron estigmatizados, lo que generó un deterioro emocional y de autoestima. En otro estudio durante la epidemia del VIH, se informó PDS en profesionales de la salud al ser considerados generadores de riesgo para propagar la infección.¹⁵ Similar situación se generó en Colombia para la fecha de las encuestas a las participantes. Esas expresiones de supervivencia se derivan del pánico que generan enfermedades infecciosas de alta morbilidad y mortalidad.^{1,11,16} Las acciones educativas hacia las comunidades pueden contribuir a impedir comportamientos generadores de PDS.

En el estudio encontramos asociación entre PDS con estrés laboral, ansiedad y miedo. La PDS genera insatisfacción profesional, decepción, frustración, depresión, afectación en la autoeficacia y en la inteligencia emocional.¹⁷⁻¹⁹ La PDS impacta de manera negativa la salud y aumenta la susceptibilidad cardiovascular, hay pérdida de la afectividad, deseos de abandono profesional, deterioro de la calidad de vida e intento de suicidio.^{1-3,19}

Ante la amenaza de la integridad, surge el miedo, que es un estado neurobiológico o un sentimiento inconsciente que brota como mecanismo inicial de defensa. En el presente estudio fue elevada su presencia y la preocupación por enfermar. En situaciones de alerta sanitaria, las personas al sentir miedo estigmatizan a grupos sociales, sobre todo a profesionales sanitarios. Varios autores^{5,7} anotan que existe interrelación entre el miedo y las emociones negativas con el comportamiento social discriminatorio; por ejemplo, en la pandemia H1N1 más de la mitad del personal de salud encuestado, reportó temor y preocupación por la posibilidad de infección en familiares y amigos.²⁰ Tal como observamos en este estudio, Huang y col.²¹ también documentaron ansiedad y estrés con el COVID-19 y recomendaron construir habilidades psicológicas y de afrontamiento en los profesionales de la salud. Las expresiones de ansiedad y miedo son conductuales que se pueden explicar desde la fisiopatología de los neurotransmisores cerebrales, como serotonina, dopamina, endorfinas, acetilcolina, adrenalina y GABA que se encuentra asociadas con miedo, ansiedad, estrés, depresión, ira, tristeza y otras emociones poco saludables.^{22,23}

Este estudio tiene la fortaleza de ser uno de los primeros en abordar la PDS en médicas generales colombianas al inicio de una pandemia. Proporciona estadísticas y asociaciones con expresiones psicosociales. Haber utilizado herramientas virtuales para la toma de información es fortaleza al ofrecer amplia cobertura de participantes; sin embargo, ofrece limitaciones por la necesidad de la brevedad para evitar el abandono y la imposibilidad de validar los criterios de inclusión. Además, tiene las limitaciones de los estudios transversales, no se realizaron preguntas sobre uso de elementos de bioseguridad, condiciones laborales ni antecedentes familiares o personales de patologías neuropsiquiátricas. Para reducir el sesgo de recordación, se solicitó que las respuestas a los interrogantes se circunscribieran a las dos semanas previas. Es limitación haber preferido definir PDS con una pregunta y no una escala. Es también limitación no haber interrogado sobre detalles del evento de PDS, decisión tomada para evitar revictimización. Se recomienda que, en medio de situaciones amenazantes para la integridad, desastre natural, conflicto social o entidad infecciosa, la sociedad debe promover la protección mental de los profesionales de la salud.

Es necesario concientizar a la comunidad sobre la importancia de aumentar la tolerancia y reducir la discriminación ya que son estresores físico/emocionales. Los profesionales de la salud deben exigir planes de prevención e intervención en salud mental, estrés, ansiedad, miedo y discriminación, ya que están interrelacionados y afectan el sistema inmunitario, elevan el cortisol y las catecolaminas, aumentan la posibilidad de enfermedades infecciosas, tumorales, hipertensión arterial, desórdenes lipídicos, alteraciones digestivas, insomnio, pérdida de memoria y dificultad para la toma de decisiones.²³ Por último, ante eventos infecciosos, catástrofes ambientales o bélicas, los médicos deben recomendar acciones para evitar el pánico y la ansiedad, mientras se busca prevenir efectivamente la estigmatización y la PDS.

CONCLUSIÓN

En un grupo de mujeres médicas generales cuatro de cada diez informaron haber presentado PDS en el inicio de la última pandemia. Se encontró estrés laboral, trastorno de ansiedad generalizada y miedo, en siete, cinco y ocho de cada diez participantes, respectivamente. La mitad de las expresiones de estrés laboral, ansiedad y miedo que fueron reportadas, se asociaron en forma significativa con PDS

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean expresar agradecimiento al grupo de médicas generales que laboraban en Colombia al inicio de la pandemia del coronavirus que amablemente aceptaron la invitación y destinaron tiempo para diligenciar el formulario que les fue remitido. A los estudiantes de medicina de la Universidad de Cartagena y a los médicos generales que hacían parte en 2000 del semillero de investigación FEM-SALUD del Grupo de Investigación Salud de la Mujer y contribuyeron en la creación de la base de datos del proyecto DISEU.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Clínica Santa Cruz de Bocagrande, Cartagena, Colombia. Acta 03-2020 del 21 de marzo 2020. Tanto los directivos de la Universidad de Cartagena y los de la institución de salud, no participaron en el diseño del estudio, organización del trabajo de campo virtual, conservación de la información, análisis de los datos y redacción de los documentos finales. Los autores declaran que se ajustaron a la Declaración de Helsinki. Al diligenciar el formulario anónima y voluntariamente, las participantes firmaron el consentimiento informado. Se consideraron el Informe Belmont, la declaración de Helsinki y los requerimientos

técnico/científicos para investigación en salud, según resolución colombiana 8430-1993. Se clasificó el estudio como investigación de riesgo mínimo.

DECLARACIÓN DE FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron apoyo financiero para la investigación, redacción y publicación de este artículo.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran que no existen conflictos potenciales de interés con respecto a la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

REFERENCIAS

1. Bhugra D. Social discrimination and social justice. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28(4):336-341. <https://doi.org/10.1080/09540261.2016.1210359>
2. Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH), Inter-American Institute of Human Rights (IHR). Interpretación de los principios de igualdad y no discriminación para los derechos humanos de las mujeres en los instrumentos del sistema interamericano. San José, Costa Rica: Instituto Interamericano de Derechos Humanos; 2008.
3. Schouler-Ocak M, Moran JK. Racial discrimination and its impact on mental health. *Int Rev Psychiatry*. 2023;35(3-4):268-276. <https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2155033>
4. Pan American Health Organizations. World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak [Internet]. World Health Organization; 2020 [Citado enero 4, 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>
5. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the Initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5):1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
6. The 2009 H1N1 Pandemic: Summary Highlights [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention; 2010 [Citado enero 4, 2025]. Disponible: file:///C:/Users/alvar/Downloads/cdc_79995_DS1.pdf
7. Coronavirus Disease (COVID-19) [Internet]. Pan American Health Organizations. World Health Organization; 2023 [Citado enero 4, 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/topics/coronavirus-infections/coronavirus-disease-covid-19-pandemic>

8. Pan Americana Health Organizations, World Health Organization. Se acaba la emergencia por la pandemia, pero la COVID-19 continúa [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2023 [Citado: enero-4, 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/6-5-2023-se-acaba-emergencia-por-pandemia-pero-covid-19-continua>
9. Jhons Hopkins University. Coronavirus Resource Center [Internet]. 2023 [Citado enero 4, 2025]. Disponible: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
10. Minsalud reconoce la labor de los más de 126 mil médicos en su día [Internet]. Boletín de prensa. Ministerio de Salud y Protección Social No 1213 de 2021 [Citado: enero-4, 2025]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-reconoce-la-labor-de-los-mas-de-126-mil-medicos-en-su-dia.aspx>
11. Held ML, First JM, Huslage M. Effects of COVID-19, Discrimination, and Social Support on Latinx Adult Mental Health. *J Immigr Minor Health*. 2022;24(6):1446-1458. <https://doi.org/10.1007/s10903-022-01382-0>
12. Women in science who are making a difference during the pandemic [Internet]. UN Women; 2021 [Citado enero 4, 2025]. Disponible en: <https://www.unwomen.org/en/news/stories/2021/2/compilation-women-in-science-leading-during-the-pandemic>
13. Rana W, Mukhtar S, Mukhtar S. Mental health of medical workers in Pakistan during the pandemic COVID-19 outbreak. *Asian J Psychiatr*. 2020;51:102080. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102080>
14. Almutairi AF, Adlan AA, Balkhy HH, Abbas OA, Clark AM. "It feels like I'm the dirtiest person in the world": Exploring the experiences of healthcare providers who survived MERS-CoV in Saudi Arabia. *J Infect Public Health*. 2018;11(2):187-191. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2017.06.011>
15. Koto MV, Maharaj P. Difficulties facing healthcare workers in the era of AIDS treatment in Lesotho. *SAHARA J*. 2016;13(1):53-9. <https://doi.org/10.1080/17290376.2016.1179588>
16. Han S, Hu Y, Wang L, Pei Y, Zhu Z, Qi X, Wu B. Perceived discrimination and mental health symptoms among persons living with HIV in China: the mediating role of social isolation and loneliness. *AIDS Care*. 2021;33(5):575-584. <https://doi.org/10.1080/09540121.2020.1847246>
17. Chaaya N, Battle AR, Johnson LR. An update on contextual fear memory mechanisms: Transition between Amygdala and Hippocampus. *Neurosci Biobehav Rev*. 2018;92:43-54. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.05.013>
18. Yılmaz Y, Erdoğan A, Bahadır E. Fear, Anxiety, Burnout, and Insomnia Levels of Healthcare Workers during COVID-19 Pandemic in Turkey. *Psychiatr Danub*. 2021;33(Suppl 13):350-356.
19. 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;55(6):237. <https://doi.org/10.3390/medicina55060237>
20. Wasim A, Truong J, Bakshi S, Majid U. A systematic review of fear, stigma, and mental health outcomes of pandemics. *J Ment Health*. 2023;32(5):920-934. <https://doi.org/10.1080/09638237.2022.2091754>
21. 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;38(0):E001. <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063>
22. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med*. 2020;382(21):2049-2055. <https://doi.org/10.1056/NEJMs2005114>
23. 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>

