

Percepción del personal en formación sobre la seguridad del paciente durante la pandemia de COVID-19

Perception of the staff in training on patient's
safety during the COVID-19 pandemic

Manuel Fidencio Guerrero-Garza^{1a}, Sergio Alberto Briones-Soto^{2b}, Fernando Ávalos-Reyes^{2c},
Claudia Cristina Santos-Lozano^{3d}, Gerardo Palacios-Saucedo^{1e}

Resumen

Introducción: la reciente pandemia ha presentado varios retos sobre la seguridad del paciente con el aumento de síntomas cognitivos, de depresión y ansiedad en los trabajadores de la salud por el miedo de contagiarse de COVID-19.

Objetivo: determinar la relación entre síntomas de ansiedad, depresión y miedo al COVID-19 con la percepción del clima de seguridad del paciente en médicos residentes de un hospital de tercer nivel de atención.

Material y métodos: estudio observacional, transversal, prospectivo y analítico. Se encuestaron 258 sujetos. Se incluyeron médicos residentes que aceptaran participar, independientemente de su edad y sexo. Se evaluó la percepción del clima de seguridad del paciente con el cuestionario autoaplicado de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), la presencia de síntomas de depresión y ansiedad mediante los inventarios autoaplicados de Beck para cada entidad, y el miedo a COVID-19 mediante una escala previamente validada con el mismo nombre. Se calculó el coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: se encontró una relación lineal negativa con la mayoría de las dimensiones exploradas por el cuestionario AHRQ y el Inventario de ansiedad de Beck (BAI) y con el Inventario de depresión de Beck (BDI), excepto en tres de las dimensiones. No se encontró relación estadísticamente significativa en la encuesta de miedo a COVID-19.

Conclusiones: hay una relación entre el grado de síntomas de ansiedad y depresión en residentes con los resultados en el cuestionario AHRQ; sin embargo, este resultado no es reproducible con el test de Miedo a COVID-19 u otros parámetros sociodemográficos de medición.

Abstract

Background: The recent pandemic has presented several challenges in relation to patient safety with the increase of cognitive, depressive and anxiety symptoms in health workers due to the fear of being infected from COVID-19.

Objective: To determine the relationship between anxiety, depression and fear of COVID-19, with the perception of the patient safety environment in medical residents.

Material and methods: Observational, cross-sectional, prospective and analytical study. 258 subjects were surveyed. Medical residents who agreed to participate, whose age or sex was of no importance, were included. It was assessed the perception of the patient safety environment through the self-administered Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) questionnaire; the depression and anxiety symptoms by using Beck's self-applied inventories for each entity, and the fear of COVID-19 by using a scale developed with the same name. The Pearson correlation coefficient was calculated.

Results: A negative linear relationship was found within most of the dimensions explored by the AHRQ questionnaire and the Beck Anxiety Inventory. This relationship was observed too with the Beck Depression Inventory, except in 3 of those dimensions. No statistically significant relationship was found in the Fear of COVID-19 scale.

Conclusions: There is a relationship between the degree of anxiety and depression symptoms in residents with the results in the AHRQ questionnaire; however, this result is not reproducible with the Fear of COVID-19 test or other sociodemographic measurement parameters.

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de Especialidades No. 25, Dirección de Educación e Investigación en Salud. Monterrey, Nuevo León, México

²Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital Regional de Psiquiatría No. 22, Departamento de Educación y Enseñanza. Monterrey, Nuevo León, México

³Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital Regional de Psiquiatría No. 22, Coordinación Clínica. Monterrey, Nuevo León, México

ORCID: [0000-0002-4742-4930^a](https://orcid.org/0000-0002-4742-4930), [0000-0001-5825-1919^b](https://orcid.org/0000-0001-5825-1919), [0000-0003-0552-5941^c](https://orcid.org/0000-0003-0552-5941), [0000-0002-6362-1299^d](https://orcid.org/0000-0002-6362-1299),
[0000-0002-8744-2025^e](https://orcid.org/0000-0002-8744-2025)

Palabras clave

Miedo
Depresión
Ansiedad
Seguridad
Pacientes

Keywords


Fear
Depression
Anxiety
Safety
Patients


Fecha de recibido: 12/11/2021

Fecha de aceptado: 10/01/2022

Comunicación con:

Manuel Fidencio Guerrero Garza

 manuel.guerrerog@imss.gob.mx

 811 531 0095

Cómo citar este artículo: Guerrero-Garza MF, Briones-Soto SA, Ávalos-Reyes F, Santos-Lozano CC, Palacios-Saucedo G. Percepción del personal en formación sobre la seguridad del paciente durante la pandemia de COVID-19. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2022;60(3):289-96.

Introducción

En los últimos años se ha incrementado el interés por estudiar las medidas más efectivas para reducir las fallas en el proceso de la atención médica, desde recibir al paciente, realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno, hasta el seguimiento. Esta necesidad surgió por diferentes estudios que dejaron al descubierto el hecho de que los protocolos establecidos en la atención médica hasta hace algunos años dejaban al usuario de los servicios en una situación vulnerable para sufrir algún daño que pudiera haberse evitado. En algunos casos el daño podría originarse en algún tipo de intervención médica. En los Estados Unidos (EEUU) se calculan 98,000 muertes al año como resultado de errores médicos evitables.^{1,2}

A raíz de lo anterior, surge el concepto de seguridad del paciente, el cual se refiere a cualquier hecho que pueda impactar el bienestar de los pacientes. De acuerdo con la Agencia para la Calidad de la Atención e Investigación en Salud de EEUU, se entiende por seguridad del paciente el “conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reduce la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos”.³

A partir de marzo de 2020 se ha vivido en México una situación especial en el contexto de una pandemia mundial debido al surgimiento del nuevo virus SARS-CoV-2, un tipo de coronavirus detectado por primera vez en diciembre de 2019 en Wuhan (China) y causante de la enfermedad denominada COVID-19.⁴ Esta situación ha llevado a formular respuestas globales y locales para tratar de contener la pandemia, como las recomendaciones del lavado frecuente de manos, el aislamiento social obligatorio y el aislamiento (o cuarentena) de las personas infectadas y de aquellas con una alta probabilidad de estar infectadas.⁴ Asimismo, la pandemia COVID-19 ha desafiado repentinamente a los sistemas de salud. Para responder a la crisis, estos sistemas han tenido que reorganizarse inmediatamente, con muy poco tiempo para reflexionar sobre el papel de sus expertos en seguridad del paciente y mejora de la calidad.⁵ Uno de los desafíos globales emergentes en el manejo de enfermedades infecciosas es lidiar con el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 y los altos niveles de miedo que este desencadena, ya que las personas pueden no pensar clara y racionalmente cuando reaccionan ante la COVID-19.⁶ En el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en México se comenzaron a implementar a partir de enero de 2020 distintos recursos para la prevención, atención, información de las personas y preparación médica de cara a la pandemia por coronavirus. Las incapacidades médicas, los cursos en línea como medio de capacitación continua, así como los insumos disponibles para el personal médico fueron algunos de ellos.⁷

Las estadísticas mundiales indican que la propagación de la COVID-19 trae consigo importantes consecuencias psicológicas, económicas, sociales y políticas.⁸ El rápido aumento de casos de la COVID-19 trajo también como resultado el aumento del miedo y la preocupación de la comunidad. Esto es comprensible, ya que las personas se preocupan por su salud y no quieren infectarse con un virus que provoca numerosos problemas de salud y que ha generado millones de muertes a nivel mundial. La evaluación de la preocupación relacionada con la COVID-19 es importante, ya que genera la adopción de comportamientos que promueven la salud.⁴ Por ello, en el presente estudio se tuvo como objetivo evaluar la percepción del clima de seguridad del paciente y los niveles de ansiedad y depresión en residentes de especialidades médicas, en el contexto de la actual pandemia mundial.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, transversal, prospectivo y analítico en personal en formación, residentes de especialidades médicas del Hospital de Especialidades No. 25 del IMSS en Monterrey, en el noreste de México. El tamaño mínimo de muestra se calculó con base en una población de 520 residentes, con un 95% de intervalo de confianza y mediante una fórmula para población finita. El proyecto fue autorizado por el Comité de Ética y de Investigación del hospital mencionado, con número de registro R 2021-1901-039. Se obtuvo de manera electrónica el consentimiento informado de todos los participantes antes de que tuvieran acceso a los formularios electrónicos.

Se digitalizaron los siguientes instrumentos: Cuestionario sobre seguridad del paciente de la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (*Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ*),⁹ así como el Inventario de ansiedad y el Inventario de depresión, ambos de Beck,^{10,11} además de la escala de medición del miedo a COVID-19. Esta batería de cuestionarios o instrumentos se aplicó de manera voluntaria y anónima a médicos residentes que estuvieran realizando un curso de especialidad médica independientemente de la edad o el sexo, y de que hayan o no atendido pacientes con COVID-19. Se excluyeron los participantes que no completaron en su totalidad las escalas antes descritas.

Se definió el *ambiente de seguridad del paciente* como el conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reduce la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos. De acuerdo con lo establecido por la AHRQ, se consideró como fortaleza más del 75% de respuestas positivas a preguntas formuladas en

positivo o más de 75% de respuestas negativas a preguntas formuladas en negativo, y como oportunidad de mejora 50% de respuestas negativas a preguntas formuladas en positivo o 50% de respuestas positivas a preguntas formuladas en negativo. La unidad de medida utilizada fue el porcentaje de respuestas positivas/negativas y se usó una escala de medición cuantitativa de intervalo.

Se definió como *predominio de síntomas de depresión* la alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que preponderan los síntomas afectivos (sentimientos de dolor profundo, de culpa, de soledad, tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, desesperanza, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida); además, en mayor o menor grado están presentes síntomas de tipo cognitivo (baja atención, concentración y memoria, pensamientos de muerte o ideación suicida), volitivo (apatía, anhedonia, retardo psicomotor, descuido en sus labores cotidianas) y somático (cefalea, fatiga, dolores, alteraciones del sueño, somatizaciones, propensión a infecciones, etcétera), por lo que es una afectación global de la vida psíquica. El grado de depresión se evaluó mediante el Inventario de depresión de Beck, una escala cuantitativa que se reporta de la siguiente manera: 0-9 puntos: depresión ausente o mínima; 10-16 puntos: depresión leve; 17-29 puntos: depresión moderada, y 30-36 puntos: depresión grave.

Se definió como *predominio de síntomas de ansiedad* el estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como un síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos. El grado de ansiedad se midió con el inventario de ansiedad de Beck, escala cuantitativa que se reporta como: 0-7 puntos: nivel mínimo de ansiedad; 8-15 puntos: nivel de ansiedad leve; 16-25 puntos: ansiedad moderada, y 26-63 puntos: ansiedad grave.

El miedo al COVID-19 se consideró como una sensación de angustia provocada por la posibilidad real o no de contagio. El grado de preocupación en relación con el riesgo de desarrollar enfermedad grave por el virus SARS-CoV-2 se midió con el instrumento Miedo a COVID-19 en una escala de 7 a 35 puntos, en la que a mayor puntaje, hubo una mayor percepción del miedo.⁶

Análisis estadístico

Se estimó la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en médicos residentes de manera general. Se realizó el cálculo del ambiente de seguridad en el paciente a partir del promedio de los puntajes obtenidos en la encuesta.

Para el análisis de la asociación entre las hipótesis alternas, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. Se hizo el cruce de datos obtenidos mediante la aplicación de encuestas por medio del programa SPSS.

Resultados

Fueron encuestados 295 médicos residentes, pero debido a que se excluyeron 37 por llenado incompleto de los formularios, la muestra quedó constituida por 258 residentes. La media de edad fue de 29 años (24-43). El 50% de los participantes fueron hombres y el 50% mujeres. Las especialidades con mayor participación fueron Anestesiología, con 18.6%; Medicina Interna, con 12.4%, e Imagenología Diagnóstica y Terapéutica, con 8.52% (cuadro I). Asimismo, el grueso de los encuestados se encontraban entre el primer y tercer año del curso 73.25% (cuadro II).

De los 258 residentes encuestados, el 55.4% participó en la atención directa a pacientes COVID, 32.5% participó en tareas de apoyo sin contacto con pacientes COVID y 12.35% no estuvo en contacto directo con pacientes COVID ni asistió en tareas de apoyo. El 65.7% de los sujetos asignados al área COVID presentó síntomas en algún grado de depresión, 21.7% tenía síntomas de depresión grave. Mientras que en el resto se presentaron síntomas de depresión grave en el 19% de los residentes asignados a tareas de apoyo y el 15% del grupo sin participación en áreas COVID. En la escala de ansiedad, los síntomas graves se detectaron entre el 9.5 y 14.6% entre los tres grupos comentados (cuadro III).

En el cuestionario AHRQ, ninguna de las 12 dimensiones de evaluación alcanzó más del 75% de respuestas positivas para ser consideradas como fortalezas, y tres de las dimensiones no alcanzaron el 50% de respuestas positivas para considerarse áreas de oportunidad. Las tres áreas con mayor calificación fueron aprendizaje organizacional/mejora continua (71.7%), trabajo en equipo en la unidad/servicio (67.1%) y *feedback* y comunicación sobre errores (63.9). Las áreas con más baja calificación fueron: respuesta no punitiva a los errores (39.1%), problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/idades (37.9) y dotación de personal (37.3%) (cuadro IV).

En la escala de Miedo a COVID, la puntuación media fue de 19.3, sin diferencias significativas entre los grupos con relación a su contacto laboral con pacientes COVID. Se encontró una relación lineal débil entre los resultados en la escala de depresión y en la escala de Miedo a COVID ($r = 0.45$, $p < 0.001$), así como una relación moderada con ansiedad ($r = 0.522$, $p < 0.001$). No se encontraron resultados significativos al comparar las diferentes dimensiones

Cuadro I Especialidad que cursaban 258 médicos residentes encuestados durante la pandemia COVID-19 en un hospital de especialidades del noreste de México

Especialidad	Residentes	En área COVID	En actividades de apoyo	Sin contacto COVID
	<i>n</i>			
Anatomía Patológica	9	2	3	4
Anestesiología	48	38	10	0
Cirugía Pediátrica	9	7	2	0
Dermatología	18	8	9	1
Endocrinología	8	6	2	0
Epidemiología	7	2	5	0
Gastroenterología	15	7	7	1
Hematología	8	1	4	3
Imagenología	22	2	15	5
Medicina Interna	32	29	3	0
MEECA	13	12	1	0
MEECP	4	1	1	2
Nefrología	13	5	5	3
Neurología	5	2	1	2
Oftalmología	17	8	6	3
Otorrinolaringología	14	4	7	3
Patología Clínica	1	0	1	0
Pediatría	7	7	0	0
Radiooncología	6	2	1	3
Reumatología	1	0	0	1
Urología	1	0	1	0

MEECA: Medicina del Enfermo en Estado Crítico Adulto; MEECP: Medicina del Enfermo en Estado Crítico Pediátrico
Los resultados son presentados en frecuencias absolutas

Cuadro II Grado que cursaban 258 médicos residentes encuestados durante la pandemia COVID-19 en un hospital de especialidades del noreste de México

Grado académico	<i>n</i>	%
R1	45	17.4
R2	74	28.6
R3	79	30.6
R4	36	13.9
R5	20	7.7
R6	4	1.5

del cuestionario AHRQ con la escala de Miedo a COVID-19 (cuadro V, el cual se muestra al final del estudio).

Se encontró una relación lineal negativa para todas las dimensiones exploradas por el cuestionario AHRQ y el Inventario de ansiedad de Beck, con excepción de la dimen-

Cuadro III Gravedad de la depresión y la ansiedad en 258 médicos residentes asignados a áreas COVID en un hospital de tercer nivel del noreste de México

	Total	%
Depresión		
Grave	31	21.6
Moderada	35	24.4
Leve	28	19.5
Normal	49	34.26
Ansiedad		
Grave	21	14.68
Moderada	40	27.97
Leve	29	20.27
Mínima	53	37.06

sión 7, relacionada con la dotación de personal, en la que no se observó significación estadística ($p = 0.022$). También se observó relación lineal negativa entre los resultados en la escala de depresión y el cuestionario AHRQ, excepto en la dimensión 6 ($p = 0.007$), relacionada con la respuesta no punitiva a errores; en la 7 ($p < 0.222$); en la 10 (0.001), nom-

Cuadro IV Dimensiones calculadas de la encuesta de la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ) en 258 médicos residentes durante la pandemia COVID-19 en un hospital de especialidades del noreste de México

Dimensión AHRQ	%
Aprendizaje organizacional/mejora continua	71.7
Trabajo en equipo en la unidad/servicio	67.1
Feedback y comunicación sobre errores	63.9
Frecuencia de eventos reportados	60.2
Franqueza en la comunicación	58.3
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	54.0
Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad	54.0
Percepción general de seguridad del paciente	53.5
Trabajo en equipo entre unidades	50.1
Respuesta no punitiva a los errores	39.1
Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	37.9
Dotación de personal	37.3

AHRQ: Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud

brada como Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades y que hace referencia al cambio de turno del personal y al cambio o reasignación de pacientes entre servicios, y en la 12 (0.009), la cual responde a la frecuencia en reporte de errores, donde la dispersión se acercó mas a 0 (cuadro V).

Discusión

En el presente estudio se evaluó la percepción del personal en formación acerca de la seguridad del paciente durante la pandemia COVID-19 en un hospital de especialidades con participación de atención híbrida (atención de pacientes con y sin COVID-19) durante este periodo de tiempo. Se encontró una mayor prevalencia para síntomas de depresión y ansiedad, mediante el Inventario de depresión y el Inventario de ansiedad de Beck, en los médicos que atendían directamente pacientes positivos a COVID-19 frente a aquellos que realizaban tareas de apoyo y que no participaban en la atención a pacientes positivos a COVID-19; en ambos casos, la prevalencia fue mayor en comparación con la de la población general.^{10,11,12} En otros estudios se había comprobado ya la relación entre la situación que se vive actualmente y los resultados negativos en pruebas de salud mental, como agotamiento emocional o despersonalización, síntomas del síndrome de *burnout*, así como ansiedad y calidad del sueño.^{13,14,15}

Como se pudo comprobar con la escala de Miedo a COVID, a pesar del miedo a padecer la enfermedad infecciosa y la incertidumbre que esto pudiera provocar, no se justifica el aumento en la prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos, ya que no se encontró una relación

que lo sugiera después de analizar los resultados. Dichos aumentos probablemente se vean influenciados por otros factores asociados, como el aumento en la carga laboral, el contacto directo con pacientes infectados, trabajar en una zona con mayor número de contagios, los resultados negativos para el paciente, el clima de tensión general que se vive debido al estado de emergencia, así como factores intrínsecos relacionados con las habilidades de afrontamiento y con los antecedentes psiquiátricos personales y familiares.^{16,17}

Se observó una relación lineal negativa entre los síntomas depresivos y ansiosos en la mayoría de las dimensiones del cuestionario AHRQ, lo cual concuerda con un estudio previo realizado en la Delegación Nuevo León, que demostró una relación inversamente proporcional entre los síntomas depresivos y ansiosos con la percepción de seguridad del paciente.¹⁸ Por otra parte, la asociación entre síntomas depresivos y ansiosos esta ampliamente identificada en la literatura existente, por lo cual no es de extrañarse que los resultados de ambas escalas se relacionen entre sí.¹⁹ Con lo anterior, podemos establecer la hipótesis de que la presencia de estos síntomas en los residentes se relaciona con la percepción negativa del clima de seguridad obtenida en nuestras encuestas. Por lo tanto, el siguiente objetivo de nuestra línea de investigación será determinar si existe un aumento objetivo en el número de eventos adversos al comparar esta percepción negativa con el número de incidentes reportados en el momento en el cual se realizaron las encuestas. La ausencia de un aumento objetivo en los incidentes reportados podría atribuirse a que dicha percepción negativa es un síntoma más asociado a los síntomas depresivos y ansiosos reportados por este estudio.

Por otra parte, no se encontró relación significativa entre el miedo al COVID-19 y los resultados de la encuesta de seguridad del paciente, por lo que la preocupación por contagiarse del virus SARS-CoV-2 parece no ser un factor determinante al momento de aplicar los instrumentos. Probablemente los resultados negativos en esta última encuesta se relacionen más con los síntomas depresivos, los síntomas ansiosos, el aumento de la carga laboral, una falsa percepción de la falta de insumos y de personal humano, y no como tal al miedo a un contagio que pudiese favorecer un aumento de errores en la atención del paciente. Los problemas antes mencionados, si bien antes podían llegar a presentarse, en esta pandemia se enfatizaron aún más al tratarse de una situación de emergencia.^{1,2,9}

Los resultados obtenidos también muestran una percepción alta por parte de los encuestados, fundamentada en las respuestas positivas en la encuesta AHRQ en las dimensiones referentes al aprendizaje institucional y al compromiso de mejora continua; al trabajo en equipo dentro de su unidad; y al *feedback* y la comunicación de errores (cuadro IV), que hace referencia a la retroalimentación que se genera a partir de un evento adverso y a la manera como se discuten medidas que pudieran evitar futuros acontecimientos, lo cual contrasta con otras investigaciones sobre el tema en las que profesionales de la salud resaltaban una falta de comunicación con administrativos y jefes de área.²⁰ Lo anterior debido a protocolos claros y bien establecidos para el reporte de eventos adversos (los cuales incluso se pueden realizar de forma electrónica y anónima), programas de capacitación continua sobre los protocolos de seguridad del paciente y retroalimentación constante entre personal de salud y áreas administrativas.

Conclusiones

Se encontró mayor prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en los médicos que se encuentran atendiendo directamente pacientes COVID que la reportada para médicos en áreas de apoyo y quienes no participan en la atención de estos pacientes, además de que es significativamente más alta que en la población general. Existe una relación significativa entre la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en médicos residentes y la percepción negativa sobre el clima de seguridad del paciente. Se encontraron niveles de moderados a altos en cuanto a la percepción

de miedo al contagio y a padecer COVID-19; sin embargo, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre esto y las dimensiones sobre clima de seguridad del paciente evaluadas en este estudio. Las áreas mejor calificadas fueron las relacionadas con la retroalimentación y la comunicación continua y efectiva entre los encuestados y los jefes de área o personal administrativo.

Debilidades y fortalezas del estudio

Cabe mencionar que entre las debilidades del estudio, se realizaron las encuestas sin tomar en cuenta la existencia previa de trastornos mentales en la población que se evaluó. De la misma forma, el grado de exposición al factor estresor difirió entre la muestra, lo cual pudo alterar los resultados en la encuesta de clima de seguridad del paciente. Finalmente, la encuesta se realizó en un momento en el cual más del 80% de la población se encontraba vacunada.

Entre las fortalezas es importante señalar que se tuvo la oportunidad de aplicar las escalas dentro de un hospital de tercer nivel que cuenta con gran afluencia de derechohabientes al servicio y con un modelo de atención híbrida, lo cual permitió evaluar síntomas de ansiedad y depresión en grupos con diferente nivel de exposición. Además, el hospital en cuestión cuenta con protocolos bien establecidos sobre seguridad del paciente y un programa de salud mental en médicos residentes, por lo cual los encuestados se encontraban familiarizados con los términos mencionados en las encuestas.

Agradecimientos

A la plantilla de médicos residentes que dedicó un poco de su valioso tiempo para contestar la encuesta y por la gran labor que realizan en la atención de pacientes durante la actual pandemia. A los directivos del hospital, jefes de educación y enseñanza y jefes de servicios por su colaboración en el estudio.

.....
Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno que tuviera relación con este artículo.

Referencias

1. Gluck P. Seguridad del Paciente: Cierto Avance y Numerosos Retos. *Obstet Gynecol.* 2012;120(5):1149-59.
2. Ramos-Domínguez BN. Calidad de la atención de salud:

Error médico y seguridad del paciente. *Rev Cubana Salud Pública.* 2005;31(3):239-44. Disponible en: <https://www.re-dalyc.org/pdf/214/21431310.pdf>

3. Moguel-Parra G, Amor-Santoyo S, Barragán-Pérez E. Seguridad de los pacientes, prioridad del Hospital Infantil de México:

- punto de vista del médico como paciente. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2008;65(5):407-11.
4. Caycho-Rodríguez T, Ventura-León J, Barboza-Palomino M. Design and validation of a scale to measure worry for contagion of the COVID-19 (PRE-COVID-19). *Enferm Clin.* 2021; 31(3):175-83.
 5. Staines A, Amalberti R, Berwick DM, Braithwaite J, Lachman P, Vincent CA. COVID-19: patient safety and quality improvement skills to deploy during the surge. *Int J Qual Health Care.* 2021;33(1):1-3. doi: 10.1093/intqhc/mzaa050
 6. 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;1-9
 7. Azem G. IMSS vs. coronavirus: las medidas y herramientas para combatir la pandemia en México. Infobae. 26 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/03/26/imss-vs-coronavirus-las-medidas-y-herramientas-para-combatir-la-pandemia/>
 8. Peterson O, Thankom A. Spillover of COVID-19: Impact on the Global Economy. SSRN. 2020. doi: 10.2139/ssrn.3562570
 9. Famolaro T, Yount ND, Hare R, Thornton S, Meadows K, Fan L, et al. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2018 User Database Report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2018. Disponible en <https://psnet.ahrq.gov/issue/hospital-survey-patient-safety-culture-2018-user-database-report>
 10. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico: Salud Mental 2013-2018. México: Secretaría de Salud; 2012.
 11. Beltrán MC, Freyre MA, Hernández-Guzmán L. El Inventario de Depresión de Beck Su validez en población adolescente. *Terapia psicológica.* 2012;30(1):5-13.
 12. Lee K, Kim D, Cho Y. Exploratory factor analysis of the beck anxiety inventory and the beck depression inventory-II in a psychiatric outpatient population. *J Korean Med Sci.* 2018;33(16):1-11. doi: 10.3346/jkms.2018.33.e128
 13. Campos-Ramírez AK, Charqui-Sáenz FJ. Frecuencia del síndrome de burnout durante la pandemia del coronavirus (COVID-19) en médicos residentes de un hospital nacional del tercer nivel de Lima, Perú [tesis doctoral]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/8617>
 14. Quispe-Leiva UG. Factores Sociodemográficos Asociados al Síndrome de Burnout en el Contexto de la Pandemia COVID-19 en médicos residentes del hospital III Goyeneche de Arequipa 2020 [tesis doctoral]. Arequipa, Perú: Universidad Nacional De San Agustín De Arequipa; 2020. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12773/11348>
 15. Ramón-Sotelo LA, Cahuich-Cahuich TF, López-Calderón SF. Calidad de sueño, somnolencia diurna y ansiedad en estudiantes de la carrera de médico cirujano en una universidad privada del norte de México. *PsicoSophia.* 2020 2(1):12-9.
 16. Pazmiño-Eraza EE, Alvear-Velasquez MJ, Saltos-Chávez IG, Pazmiño-Pullas DE. Factores relacionados con efectos adversospsiquiátricos en personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador, *Rev Colomb Psiquiat.* 2021; 50(3):166-75.
 17. Soto-Terrones VA. Relación entre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en personal médico durante la pandemia COVID-19 [tesis de licenciatura]. Lima: Universidad de Lima; 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12724/13248>
 18. Pacheco-Alvarez NV. Depresión, ansiedad y percepción de clima de seguridad en el paciente en residentes de especialidades médicas en IMSS delegación regional Nuevo León. Monterrey: Universidad de Monterrey; 2018.
 19. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock Sinopsis de psiquiatría. 11ª ed. EEUU: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
 20. Fajardo-Dolci G, Rodríguez-Suárez J, Arboleya-Casanova H, Rojano-Fernández C, Hernández-Torres F, Santacruz-Varela J. Patient safety culture in healthcare professionals. *Cir Cir.* 2010;78(6):522-7.

Cuadro V Correlación* de la edad, BAI, BDC y de las dimensiones exploradas con el cuestionario AHRQ y el Inventario de ansiedad de Beck en 258 médicos residentes durante la pandemia COVID-19 en un hospital de especialidades del noreste de México

	Edad	BAI	BDI	MiedoC	D1	D2	D3	D4	D5
BAI	0.022 ($p = .715$)	—							
BDI	0.049 ($p = .411$)	0.826 ($p < .001$)	—						
MiedoC	0.02 ($p = .731$)	0.522 ($p < .001$)	0.45 ($p < .001$)	—					
D1	-0.016 ($p = .792$)	-0.286 ($p < .001$)	-0.321 ($p < .001$)	-0.027 ($p = .66$)	—				
D2	-0.093 ($p = .136$)	-0.243 ($p < .001$)	-0.278 ($p < .001$)	0.087 ($p = .163$)	0.605 ($p < .001$)	—			
D3	-0.116 ($p = .062$)	-0.306 ($p < .001$)	-0.342 ($p < .001$)	-0.011 ($p = .865$)	0.521 ($p < .001$)	0.677 ($p < .001$)	—		
D4	-0.1 ($p = .109$)	-0.274 ($p < .001$)	-0.297 ($p < .001$)	0.06 ($p = .338$)	0.555 ($p < .001$)	0.604 ($p < .001$)	0.592 ($p < .001$)	—	
D5	-0.051 ($p = .415$)	-0.243 ($p < .001$)	-0.305 ($p < .001$)	0.043 ($p = .494$)	0.516 ($p < .001$)	0.688 ($p < .001$)	0.633 ($p < .001$)	0.581 ($p < .001$)	—
D6	-0.043 ($p = .489$)	-0.225 ($p < .001$)	-0.167 ($p = .007$)	0.033 ($p = .595$)	0.458 ($p < .001$)	0.232 ($p < .001$)	0.218 ($p < .001$)	0.441 ($p < .001$)	0.262 ($p < .001$)
D7	0.009 ($p = .886$)	-0.143 ($p = .022$)	-0.076 ($p = .222$)	0.124 ($p = .047$)	0.207 ($p < .001$)	0.039 ($p = 0.53$)	0.036 ($p = 0.561$)	0.181 ($p = 0.003$)	0.121 ($p = 0.051$)
D8	-0.111 ($p = .074$)	-0.265 ($p < .001$)	-0.275 ($p < .001$)	-0.048 ($p = .441$)	0.383 ($p < .001$)	0.475 ($p < .001$)	0.468 ($p < .001$)	0.51 ($p < .001$)	0.486 ($p < .001$)
D9	-0.128 ($p = .04$)	-0.283 ($p < .001$)	-0.302 ($p < .001$)	0.026 ($p = .674$)	0.339 ($p < .001$)	0.434 ($p < .001$)	0.346 ($p < .001$)	0.432 ($p < .001$)	0.441 ($p < .001$)
D10	-0.025 ($p = .688$)	-0.217 ($p < .001$)	-0.198 ($p = .001$)	-0.087 ($p = .163$)	0.189 ($p = 0.002$)	0.126 ($p = 0.043$)	0.082 ($p = 0.191$)	0.232 ($p < .001$)	0.22 ($p < .001$)
D11	-0.088 ($p = .156$)	-0.211 ($p < .001$)	-0.25 ($p < .001$)	0.059 ($p = .347$)	0.409 ($p < .001$)	0.412 ($p < .001$)	0.332 ($p < .001$)	0.492 ($p < .001$)	0.416 ($p < .001$)
D12	-0.015 ($p = .815$)	-0.217 ($p < .001$)	-0.161 ($p = .009$)	0.057 ($p = .365$)	0.266 ($p < .001$)	0.359 ($p < .001$)	0.254 ($p < .001$)	0.344 ($p < .001$)	0.381 ($p < .001$)

BAI: Inventario de ansiedad de Beck; BDI: Inventario de depresión de Beck; AHRQ: Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud; MiedoC: escala de Miedo a COVID-19; D: dimensión. Se muestra el coeficiente r de Pearson y el valor de p

*Correlación de Pearson

Continuación del cuadro V

	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12
BAI							
BDI							
MiedoC							
D1							
D2							
D3							
D4							
D5							
D6	—						
D7	0.449 ($p < .001$)	—					
D8	0.257 ($p < .001$)	0.24 ($p < .001$)	—				
D9	0.362 ($p < .001$)	0.31 ($p < .001$)	0.551 ($p < .001$)	—			
D10	0.375 ($p < .001$)	0.357 ($p < .001$)	0.34 ($p < .001$)	0.454 ($p < .001$)	—		
D11	0.455 ($p < .001$)	0.282 ($p < .001$)	0.475 ($p < .001$)	0.499 ($p < .001$)	0.425 ($p < .001$)	—	
D12	0.144 ($p = 0.021$)	0.101 ($p = 0.104$)	0.325 ($p < .001$)	0.216 ($p < .001$)	0.034 ($p = 0.582$)	0.376 ($p < .001$)	—