



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESTADO DE LA SALUD MENTAL DEL
PERSONAL SANITARIO DURANTE LA
PANDEMIA POR COVID-19

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

LADY ASLLY HUANCA GUILLEN

LIMA – PERÚ

2024

ESTADO DE LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL SANITARIO DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
2	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	sifp.psico.edu.uy Fuente de Internet	1%
4	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	<1%
5	repository.ucc.edu.co Fuente de Internet	<1%
6	Submitted to Universidad Peruana Cayetano Heredia Trabajo del estudiante	<1%
7	repositorio.ucsg.edu.ec Fuente de Internet	<1%
8	dgsa.uaeh.edu.mx:8080 Fuente de Internet	<1%

MIEMBROS DEL JURADO

MG. HENRY SANTA CRUZ ESPINOZA

Presidente

MG. EMIR ALBERTO CONDORI BENAVIDES

Vocal

MG. BRIGITTE ANA LUCIA AGUILAR SALCEDO

Secretaria

ASESOR DE TESIS

DR. ALBERTO AGUSTIN ALEGRE BRAVO

DEDICATORIA

A Dios, a mi familia, a mis asesores y a toda persona que me
apoyó en este proceso.

AGRADECIMIENTOS

Al Dios soberano, quien ejerce absoluto control de las cosas, por permitirme culminar satisfactoriamente mis estudios universitarios y estar en esta etapa, a pesar del retraso que la pandemia COVID-19 generó.

A mi familia por el apoyo y amor incondicional, por darme la fuerza y la motivación para no rendirme.

A mi casa de estudios, por haberme otorgado recursos y conocimientos sólidos en mi formación profesional.

A mi exasesora, Mg. Brigitte Aguilar, por la super paciencia, apoyo y exigencia que me ha brindado.

A mi actual asesor, por su tiempo y apoyo en la culminación del presente trabajo.

Al programa PRONABEC, por la oportunidad de estudiar a través de la modalidad Beca 18.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	
ABSTRACT	
1 INTRODUCCIÓN	1
1.1 Presentación y justificación del tema.....	1
1.2 Justificación	4
1.3 Implicancias prácticas	7
1.4 Metodología	8
1.5 Técnicas y herramientas de búsqueda de información	9
1.6 Selección y procesamiento de información	10
1.7 Conceptualización de la variable	12
1.7.1 Conceptualización y alcance del tema.....	12
1.7.2 Salud mental	12
1.8 Enfoques..	14
1.8.1 Pandemia por COVID-19	17
1.8.2 Personal sanitario.....	18
1.8.3 El personal sanitario frente a la pandemia por COVID-19.....	19
1.8.4 Modelos teóricos relacionados al tema.....	22
1.9 Factores que influyen en la variable	28
1.10 Impacto de la variable.....	33
1.11 Intervención correctiva y preventiva relacionada con la variable.....	54
1.12 Evaluación psicológica relacionada con la variable	61
1.13 Aplicabilidad a la realidad peruana de los hallazgos obtenidos	68
1.14 Delimitación del tema de investigación	71
2 ANÁLISIS DEL ESTADO DEL ARTE.....	72
2.1 Reflexiones teóricas	72
2.2 Impacto social y teórico del tema	92

2.2.1	Impacto social.....	92
2.2.2	Impacto teórico.....	94
3	CONCLUSIONES.....	97
3.1	Aporte del investigador.....	99
3.2	Limitaciones.....	100
3.3	Propuesta para futuras investigaciones.....	101
4	REFERENCIAS.....	103
	ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 <i>Términos empleados en la búsqueda</i>	9
---	---

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 <i>Diagrama de flujo PRISMA</i>	11
Figura 2 <i>Modelo conceptual</i>	24
Figura 3 <i>Modelo de Demanda - Control - Apoyo Social</i>	26

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. FICHA DE DATOS.....	1
------------------------------	---

RESUMEN

Los profesionales de la salud de la primera línea de atención médica que atendieron a los pacientes con COVID-19 se enfrentaron diariamente con situaciones laborales intensas y jornadas extenuantes de trabajo, presión laboral, falta de Elementos de Protección Personal (EPP), entre otras. Asimismo, experimentaron estresores psicosociales y personales como preocupación por contagio, discriminación, sensación de abandono y otros factores que pudieron afectar su salud mental. Se puede señalar que en diversos países del mundo se ejecutaron estudios en el personal sanitario relacionados con la salud mental, que se recopilaron en el metaanálisis y las revisiones sistemáticas; sin embargo, a pesar de que en los países de Latinoamérica investigaron este tópico, la información no se encuentra integrada.

Objetivo. Analizar el estado de la salud mental del personal sanitario que labora en América Latina durante la pandemia ocasionada por la propagación del COVID-19 en el periodo 2020-2021. **Metodología.** Revisión de 21 artículos científicos de enfoque cuantitativos, cualitativos y mixtos, publicados en revistas indexadas de diversas bases de datos como SciELO, LILACS, PubMed y EBSCO durante los años 2020 y 2021. Para la recolección de datos se utilizó el método PRISMA; asimismo, se revisaron los *abstracts* y en los casos necesarios los artículos completos; para organizar la información se empleó la ficha de análisis. **Resultados.** El estado de salud mental del personal de salud de Latinoamérica durante la pandemia por COVID-19 entre los años 2020-2021 se deterioró significativamente. De igual modo, el personal sanitario experimentó reducción de su tiempo de descanso, alteración del sueño, fallecimiento de familiares y pacientes, preocupación por la muerte y el futuro, miedo, incertidumbre y tristeza, quedando susceptibles al desarrollo de problemas mentales como depresión, ansiedad, estrés e incluso síndrome de Burnout.

Palabras clave: personal sanitario, COVID-19, salud mental.

ABSTRACT

Health professionals who are on the front lines of medical care for patients with COVID-19 faced intense work situations daily such as exhausting workdays, work pressure, lack of PPE, among others; as well as psychosocial and personal stressors such as worry about contagion, discrimination, feelings of abandonment and others that can affect their mental health. It can be noted then that in various countries around the world, studies were conducted on health personnel related to mental health, which were compiled in meta-analyses and systematic reviews; However, although Latin American countries investigated this topic, the information is not integrated. Aim. Analyze the state of mental health of health personnel working in Latin America during the pandemic caused by the spread of COVID-19 in the period 2020 - 2021. Methodology. Review of 21 scientific articles with a quantitative, qualitative and mixed approach, published in indexed journals from various databases such as SciELO, LILACS, PubMed and EBSCO during the years 2020 – 2021; The PRISMA method was used to collect data, the abstracts were reviewed and, where necessary, the complete articles, and the analysis sheet was used to organize the information. Results. The mental health status of health personnel in Latin America during the COVID-19 pandemic between 2020 and 2021 has deteriorated significantly. Healthcare personnel experienced a reduction in their rest time, sleep disturbance, death of relatives and patients, worry about death, worry about the future, fear, uncertainty and sadness, leaving them susceptible to the development of mental problems such as depression, anxiety, stress. and even Burnout Syndrome.

Keywords: health personnel, COVID-19, mental health.

1 INTRODUCCIÓN

1.1 Presentación y justificación del tema

Al término del 2019, la Comisión Municipal de Salud de Wuhan notificó sobre una proporción considerable de casos de neumonía provocada por la propagación de una variante del virus CoV, que ocasionaba la enfermedad denominada COVID-19. Esta comenzó como un brote epidémico local, pero debido a su propagación a nivel global el 11 de marzo del 2020, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020a) y la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2020a) emitieron un anuncio declaratorio de la pandemia.

De acuerdo con los reportes de la OMS (2022a), en el curso de la emergencia sanitaria el total de contagios por COVID-19 confirmados en el mundo superó los 328 millones, y la tasa de fallecimientos excedió los 5 millones de personas. Además, se detectaron más de cinco variantes del virus (OMS, 2022b). Adicionalmente, se estimó que entre 80 000 y 180 000 trabajadores que conforman parte del personal sanitario fallecieron a causa de las afecciones de salud provocadas por el virus (OMS, 2021), un cálculo conservador de la cifra real.

En ese sentido, se deduce que, desde la aparición de la pandemia hasta la actualidad, se ha detectado un aumento de casos de contagios y decesos, además de mutaciones del virus, las cuales han generado que la mayoría de los países opten por ejecutar medidas con el fin de evitar el aumento de contagios como el aislamiento obligatorio, el distanciamiento físico y la promoción de medidas de salud pública a toda su población (OMS, 2020b; Bedford et al., 2020).

Por lo tanto, se observó que aquella situación ha afectado de manera importante, progresiva y desfavorable la salud mental de toda la población, pero especialmente de quienes laboran en el sector de la salud y tienen contacto directo con los pacientes

(Vindegaard y Benros, 2020; Zhang et al., 2020). Este último grupo es uno de los que tuvo más repercusiones negativas en su salud mental, debido a que son trabajadores que cumplieron una labor crucial en las diferentes olas de contagio ocasionadas durante la pandemia por COVID-19, cuya función consistió en mantener operando los servicios de salud en esta emergencia sanitaria (OPS, 2020b).

Durante el año inicial de la propagación, la enfermedad epidémica alcanzó una dimensión global. De conformidad con esto, el personal sanitario de todo el mundo se vio obligado a afrontar una situación completamente nueva y desconocida. De forma inesperada, estuvieron expuestos a un virus altamente transmisible y letal, lo que les obligó a adquirir nuevas competencias y conocimientos para utilizar los equipos médicos e implementar los protocolos de seguridad (Kuhlmann et al., 2021). Asimismo, con el fin de brindar una atención urgente, rápida y oportuna a la población, estos tuvieron que familiarizarse rápidamente con las exigencias laborales que les demandaba la situación. Sin embargo, este constante esfuerzo ocasionó serias afectaciones en la salud mental de este segmento de profesionales (Kuhlmann et al., 2021).

A mediados del 2020 y finales de aquel mismo año, se observó en varias investigaciones una serie de respuestas cognitivas, emocionales y conductuales por parte del personal sanitario. Por ejemplo, en relación con las respuestas cognitivas, se evidenció la disminución en su nivel de autonomía decisoria y un mayor nivel de concentración y vigilancia constante. Con respecto a las respuestas emocionales, se apreció el miedo y la preocupación por contagiarse y contagiar a sus colegas y familiares, así como sufrimiento por la probabilidad del fallecimiento de sus colegas, familiares o de los pacientes que asistieron (Kang et al., 2020; Vieta et al., 2020). Igualmente, hubo temor por la sensación de abandono por parte de su equipo de trabajo y de la administración de la unidad hospitalaria (Chandler-Jeanville, 2021), frustración e incertidumbre ante la emergencia

sanitaria debido a la falta de información confiable y temor ante los prejuicios asociados con la idea de que puedan ser portador de la enfermedad (Belingeri, 2020; Kang et al., 2020). Finalmente, en cuanto a las respuestas conductuales, se evidenció el aumento de comportamientos adictivos como el uso del tabaco y la ingesta de bebidas alcohólicas (OPS, 2021a).

Como consecuencia, se desencadenó una alteración de la salud mental del personal sanitario, lo que ocasionó un incremento de problemas emocionales como fatiga mental, ansiedad, angustia y estrés, así como la presencia de trastornos psicológicos, siendo los más comunes la reacción al estrés agudo, trastornos de ansiedad y/o depresión y agotamiento laboral (Kontoangelos et al., 2020; Lozano-Vargas, 2020; Zhang et al., 2020).

A nivel latinoamericano, durante el aislamiento total que se decretó con los primeros contagios y el segundo pico, desencadenándose este último a principios del 2021 y finales del mismo año, se evidenció esta misma problemática en estudios realizados en los diversos países como Brasil, México, Perú, Argentina, Chile, Colombia, Paraguay y Ecuador.

En esa medida, se encontró que, durante la primera ola de contagio, investigadores como Yáñez et al. (2020) y Giardino et al. (2020) reportaron que la ansiedad, junto con la depresión, fueron el problema principal de más prevalencia en los trabajadores sanitarios de estos países; el segundo problema fue el insomnio y, finalmente, la angustia mental.

En la segunda ola, un estudio conjunto de la OPS, la Universidad de Columbia y la Universidad de Chile, a nivel de 11 países de Latinoamérica, incluido el Perú, mencionaron que el primer problema que mayormente se evidenció en el personal sanitario fue la presencia de síntomas depresivos (14.7 % a 22 %). Seguidamente, el

segundo problema consistió en un nivel significativo de malestar psicológico (13.5 % a 16.6 %). Finalmente, estos autores reportaron presencia de ideación suicida (5 % a 15 %) en el personal sanitario de América Latina (OPS, 2022). En relación con las siguientes olas de contagio, no existen estudios a nivel latinoamericano que permitan determinar con certeza si ha habido un deterioro, una mejora o se ha mantenido estable la salud mental de aquella población.

No obstante, es posible afirmar que hubo un mayor control sobre la enfermedad, debido a que, en las últimas olas de contagio, los investigadores científicos de todo el mundo desarrollaron diferentes vacunas contra el COVID-19, iniciando en diciembre del 2020 las campañas de vacunación de manera masiva (Ahmad et al., 2021). Además, se difundió información detallada sobre la enfermedad denominada COVID-19 a nivel mundial, conociendo, con mayor profundidad, su forma de transmisión y los síntomas clínicos principales y secundarios. Asimismo, se actualizaron con mayor detalle los protocolos de atención y se desarrollaron pautas médicas adecuadas para frenar la propagación de la infección (Baptista et al., 2021). Por consiguiente, hubo un mayor manejo de la enfermedad, lo que puede haber repercutido favorablemente en la salud mental a nivel colectivo.

1.2 Justificación

En tal sentido, la relevancia de esta investigación documental radicó en la situación global experimentada en el periodo 2020-2021, la cual estuvo marcada por la emergencia sanitaria que generó la rápida propagación del coronavirus en el mundo. Durante este tiempo, el personal de salud tuvo que adaptarse a la continuidad de la prestación de servicios médicos, al dedicarse parcial o totalmente a respaldar la respuesta ante el COVID-19. En efecto, su labor esencial en este escenario generó un aumento significativo en la carga mental, la manifestación de problemas emocionales y trastornos

que provocaron alteraciones en su estado mental (Murillo, 2020, como se citó en Mazzeo, 2020; OPS, 2020c).

Diversos investigadores corroboran este impacto con hallazgos que se han documentado ampliamente en numerosas investigaciones a nivel mundial. Al respecto, una serie de revisiones sistemáticas y metaanálisis realizados en el continente europeo (Danet, 2021), y asiático (Luo y Guo et al., 2020; Pappa et al., 2020) reunieron una considerable cantidad de datos que respaldan y detallan los efectos psicológicos significativos derivados del trabajo en el sector sanitario durante la pandemia. Como resultado, estos análisis identificaron patrones comunes, desafíos y riesgos para la salud mental, al proporcionar una visión amplia y profunda de la situación.

En contraste, al enfocarse en el contexto latinoamericano, aunque se ha evidenciado un crecimiento en la literatura científica relacionada con la salud mental de quienes brindaron profesionalmente atención sanitaria en tiempos de la coyuntura que se produjo a causa de la pandemia, aún no se ha logrado una consolidación integral de estos estudios. De conformidad con lo expuesto, existe una dispersión de información que no se ha integrado en una síntesis unificada que permita comprender plenamente la magnitud y la diversidad de las repercusiones psicológicas que enfrentaron los trabajadores de la salud en esta región.

Aunado a esto, es importante mencionar que, en comparación con otros continentes, el personal de salud de Latinoamérica –por su labor, además de estar expuesto de manera constante a situaciones de estrés, trauma y trabajos exigentes ocasionados por la emergencia sanitaria que requerían contener acuciosamente– enfrentó desafíos únicos y preexistentes, como la escasez de personal sanitario, infraestructura deficiente, escasez de recursos (EPP, camas para Unidad de Cuidados Intensivos (UCI),

entre otros), informalidad, sobrepoblación e ineficiencias en los sistemas de salud (CEPAL, 2021a, CEPAL, 2021b, Cid y Marinho, 2022; Matus-López, 2023).

Por otro lado, la presente investigación es pertinente, debido a que se han evidenciado elevadas tasas de problemas emocionales como depresión, ansiedad y estrés en un gran porcentaje del personal sanitario en Latinoamérica (Campos et al., 2021; OPS, 2022). Asimismo, se determinó un alto índice de prevalencia de sintomatología que indica la presencia de un cuadro de estrés agudo en médicos y enfermeros en México (Chapa-Koloffon et al., 2021). Igualmente, se evidenciaron problemas emocionales y trastornos mentales en investigaciones realizadas en Perú, Argentina, Chile, Colombia, Paraguay y Ecuador.

Sin embargo, son pocos los estudios que se han indexados en revistas científicas. Además, en los países como Bolivia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Uruguay, Venezuela, Honduras, Guatemala, Haití, Nicaragua, Santo Domingo y Panamá no precisan estudios en esta población. En consecuencia, esto demuestra la necesidad de conocer el estado de la salud mental del personal de salud en Latinoamérica, puesto que su desconocimiento y vacío impide evidenciar las verdaderas necesidades de la población y, por ende, complica en gran manera el establecimiento de intervenciones y programas eficientes y oportunas para fortalecer la salud mental de aquellos que han centrado mayormente sus esfuerzos en la atención sanitaria de la población en medio de la coyuntura.

Adicionalmente, la investigación es trascendente, debido a que esta exploración recogió y analizó ejercicios investigativos realizados en Latinoamérica entre los años de 2020 y 2021, con el fin de dar a conocer cómo se encontró la salud mental de los profesionales que brindaron atención sanitaria en América Latina en aquellos años, los nuevos aportes respecto a ello, instrumentos psicológicos adaptados y validados, así como

acciones realizadas referente al tema de estudio como estrategias recomendadas e intervenciones realizadas.

En efecto, esto tuvo la finalidad de que profesionales, investigadores e instituciones interesadas empleen la recopilación y análisis realizados para mejorar sus estrategias de intervención, o brindar acciones de tipo preventiva y/o interventivo. En esa medida, el objetivo subyacente consistió en que la información recopilada y analizada sirva como una herramienta práctica para los investigadores y las personas involucradas en el cuidado médico, así como para quienes participan en la formulación de políticas. En ese orden de ideas, esta investigación buscó impulsar la mejora continua en la atención y el apoyo a la salud mental de los trabajadores del sector sanitario en América Latina, al facilitar la implementación de prácticas más eficaces y centradas en el bienestar de estos profesionales indispensables.

En este contexto, el objetivo general de la presente investigación se basó en analizar el estado de la salud mental del personal sanitario que labora en América Latina durante la pandemia ocasionada por la propagación del COVID-19 en el periodo 2020 - 2021.

1.3 Implicancias prácticas

Tras conocer de forma amplia una coyuntura que se desarrolló a nivel mundial y, por consiguiente, conocer la situación en Latinoamérica respecto al estado de salud mental de los profesionales sanitarios, además de la justificación de la investigación documental, se esbozan a continuación las implicancias prácticas.

En primer lugar, se favorecerá la comprensión acerca del tema para fomentar la realización de estudios centrados en el personal sanitario en el contexto latinoamericano, especialmente durante un acontecimiento impactante como una pandemia. Para tal efecto, este conocimiento permitirá a los profesionales con conocimientos específicos y

experiencia en diagnóstico y atención en salud mental elaborar tácticas e intervenciones que fortalezcan la salud mental del trabajador de salud en Latinoamérica.

En segundo lugar, el presente trabajo aporta un conocimiento y análisis de los instrumentos psicológicos más utilizados y aquellos que se han adaptado para aplicarse en los profesionales del sector sanitario que atendieron los contagios por COVID-19 en primera línea. Esto permite que estos instrumentos puedan emplearse en diversas investigaciones correlacionales, mixtas y cuasi experimentales.

Asimismo, se proporcionó información relacionada con los factores que inciden en la salud mental de quienes brindan profesionalmente asistencia sanitaria en Latinoamérica. En esa medida, esta información será valiosa para identificar los potenciales desencadenantes de los problemas de salud mental en este grupo poblacional.

De igual modo, se informó alrededor de los problemas de salud mental de los profesionales que prestaron atención sanitaria en el marco de la emergencia ocasionada por el virus del COVID-19, información que será útil para identificar las necesidades de atención sobre este tema en el personal de salud.

Finalmente, se proporcionó el reporte de estudios que revelaron las estrategias e intervenciones psicológicas que se han desarrollado en Latinoamérica en relación con esta población. Como resultado, esto permitió conocer la importancia que se le da al cuidado de la salud mental de este grupo profesional.

1.4 Metodología

El estudio se enmarcó en el tipo documental al comprender un análisis y organización crítica de la bibliografía (APA, 2003, como se citó en Londoño et al., 2016). Para ello este enfoque involucra la recopilación de información de diversas fuentes, como revistas de investigación, seguido de un análisis y contraste de los datos pertinentes a un tema particular (Sánchez et al., 2018).

Por tal motivo, en la presente investigación documental, de publicación secundaria, se analizaron artículos científicos que abordaron el estado de la salud mental del personal sanitario que labora en Latinoamérica en el curso de la emergencia ocasionada por el virus del COVID-19 para el periodo 2020-2021.

Respecto al alcance al tema, este estudio abordó la salud mental desde la perspectiva de la OMS (2018), al definir este concepto como el estado de bienestar a nivel biológico, social y psicológico en donde un individuo reconoce sus capacidades, enfrenta las vicisitudes cotidianas, labora funcionalmente y contribuye en su comunidad.

A nivel psicológico, se consideró el repertorio emocional, las estrategias de afrontamiento, el modo de vida y la personalidad; a nivel social, las relaciones personales, el empleo, la educación y el contexto social. Sobre esto, no se está considerando el factor biológico, debido a que no se han podido encontrar reportes de investigación que refieran la afectación de este factor y su predisposición en la alteración del estado de la salud mental del trabajador del sector sanitario de Latinoamérica en el periodo 2020-2021.

1.5 Técnicas y herramientas de búsqueda de información

La búsqueda de información se llevó a cabo utilizando bases de datos académicas como Pubmed, EBSCO, LILACS y Scielo, además de diversos términos de búsqueda (ver Tabla 1) y operadores booleanos como AND y OR. Además, se empleó la aplicación Mendeley como gestor de referencias.

Tabla 1

Términos empleados en la búsqueda

Español		Inglés	
Palabra	Términos	Palabras	Términos

Personal de salud	Personal de salud Profesionales sanitarios Trabajadores sanitarios Proveedores de servicios de salud Médico Enfermera	Health Personnel	Health Personnels Healthcare professionals Healthcare workers Healthcare providers Physician Nurse Doctor
COVID-19	COVID-19 Pandemia COVID-19	COVID-19	COVID-19 COVID-19 pandemic
Salud mental	Salud mental	Mental health	Mental Health

Nota. Elaboración propia

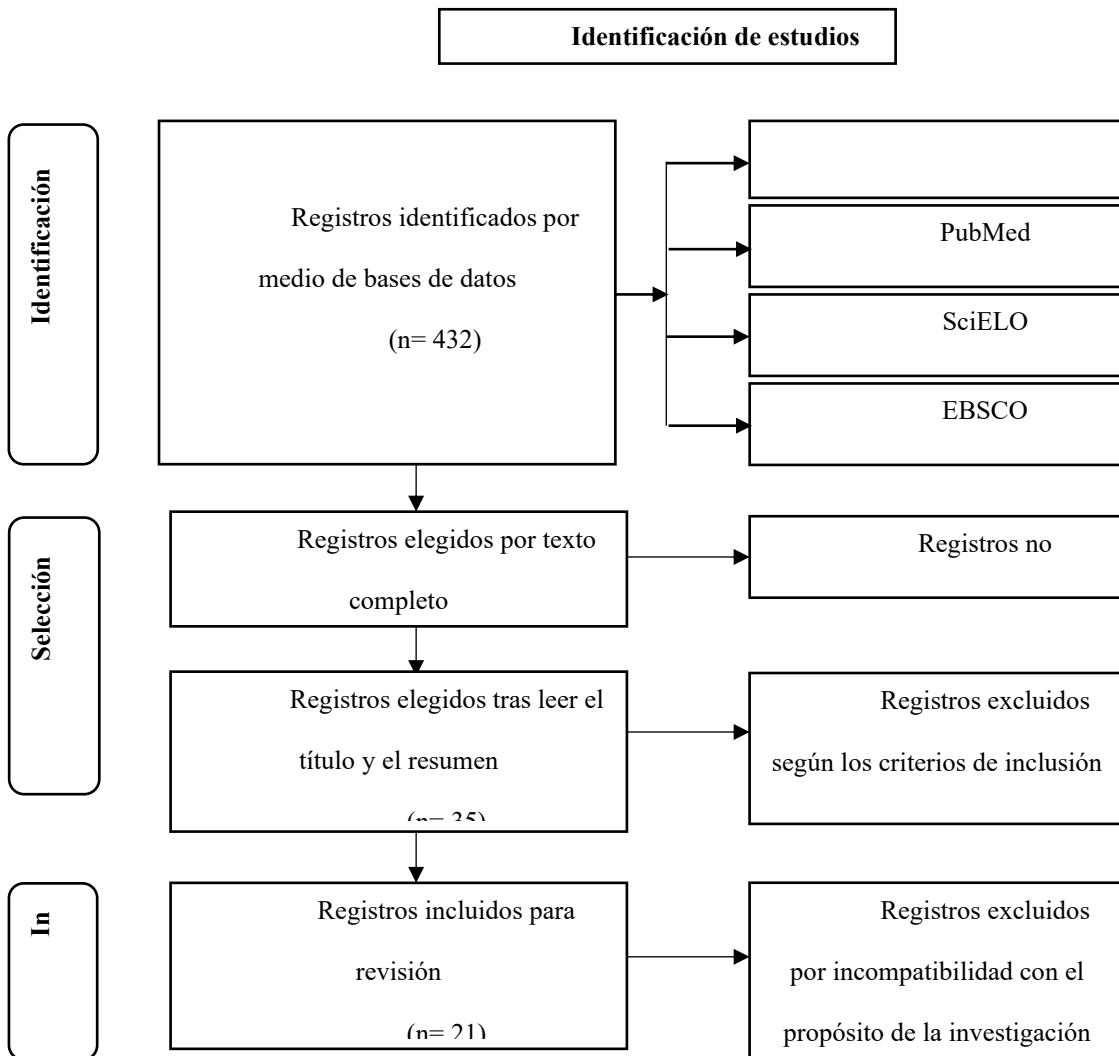
1.6 Selección y procesamiento de información

Se seleccionaron artículos de tipo cuantitativo, cualitativo y mixtos (anexo 1) difundidos en los idiomas español, inglés y portugués publicados en las revistas indexadas mencionadas. Ahora bien, la revisión se realizó siguiendo estrictos principios éticos de verdad y justicia. En cuanto al principio de verdad, se garantizó el respeto a la autoría intelectual mediante la citación apropiada de las fuentes consultadas y el uso adecuado del parafraseo para evitar el plagio. La aplicación del software Turnitin permitirá verificar la originalidad del trabajo. Respecto al principio de justicia, se priorizó la selección de trabajos publicados en revistas indexadas.

En la Figura 1 se muestra el sistema de recolección y selección de las investigaciones. Al comienzo, se encontraron 432 artículos científicos (aplicando el criterio de exclusión e inclusión de idioma); luego se excluyeron 20 artículos científicos, debido a que la disponibilidad del texto no era completa. Para la siguiente selección, se descartaron 377 artículos científicos, al considerar los demás criterios de exclusión, como investigaciones realizadas fuera de los países que conforman América Latina y ejecutadas en poblaciones distintas al personal sanitario. Finalmente, se incluyó para la revisión 21 artículos científicos, los cuales se aproximan al propósito de la presente investigación.

Figura 1

Diagrama de flujo PRISMA



Nota. Elaboración propia

Con lo concerniente al procesamiento de información, se efectuó un estudio detallado de las 21 investigaciones seleccionadas, las cuales, según la información relevante que proporcionaban, se clasificaron en categorías temáticas. Posteriormente, se ejecutó un análisis exhaustivo dentro de cada categoría temática formada, con la finalidad de identificar similitudes, diferencias y/o relaciones entre los hallazgos, con el fin de rastrear patrones y tendencias que permitieran comprender el panorama general de la salud mental del personal sanitario en Latinoamérica durante la pandemia. Finalmente, se

integraron los hallazgos de cada tema y realizó una interpretación coherente y fundamentada.

1.7 Conceptualización de la variable

1.7.1 Conceptualización y alcance del tema

Esta investigación indagó la salud mental del profesional sanitario en Latinoamérica. Por ello, se inició conceptualizando la salud mental con base en los aportes de diferentes autores y sus postulados teóricos. Acto seguido, se describió el contexto de la emergencia en salud generada por el coronavirus y el personal sanitario, así como los factores de riesgos a los cuales se ha expuesto esta población en este contexto. Finalmente, se describió y analizó el modelo teórico de mediación moderada: salud mental del personal sanitario durante el brote de la enfermedad del COVID-19 y el modelo demanda-control-apoyo social.

1.7.2 Salud mental

Definiciones

La noción de salud mental ha ido cambiando desde su primera conceptualización hasta la actualidad. Por tal razón, hay evidencia de diversos autores que trataron de definirla según la corriente con la cual congeniaban.

En 1950, un comité de expertos formados por la OMS brindó una primera conceptualización oficial de la salud mental influenciada por el psicoanálisis, implicando tres criterios para estimar a una persona sana mentalmente. El primer criterio responde a la habilidad del individuo para cultivar vínculos armoniosos y contribuir de manera constructiva a su ambiente físico y social; el segundo criterio responde a la capacidad de satisfacer sus propios impulsos instintivos que en potencia están en conflicto; el tercer

criterio responde al desarrollo de su personalidad a tal punto que logre satisfacer sus impulsos instintivos (OMS, 1952).

Asimismo, Erick Fromm, en 1961, con la influencia del psicoanálisis y la sociología, buscó una síntesis de ambas para dar la definición de salud mental, al señalar así que la salud mental es el producto de la “situación humana”. En otras palabras, se comprende este concepto como el estar separado de la naturaleza a causa de la autoconciencia. Dicha situación ocasiona ciertas necesidades que no pueden evitarse como la necesidad de vínculo, de arraigo, de un marco de orientación, de identidad y trascendencia. Por lo tanto, las formas en que estas necesidades se satisfarán se relacionarán por el contexto sociohistórico y natural. Además, dependiendo del grado de su satisfacción, este determinará el grado de salud mental que la persona pueda desarrollar (Fromm, 1961; Ubilla, 2009, como se citó en Macaya et al., 2018).

Por otro lado, Jahoda (1950) como se citó en Miranda (2018), influenciada por la psicología social, suministró un alcance completamente distinto a la definición de la salud mental. La autora lo definió como un asunto personal e individual del sujeto, el cual abarca seis criterios: (1) la aceptación y confianza en sí mismo, (2) autorrealización, (3) integración de sí mismo y las diversas experiencias, (4) autonomía, (5) percepción precisa de la realidad y (6) dominio ambiental, este último enfocado a la adaptación y éxito para alcanzar metas. Por medio de ello, Jahoda elabora el postulado de salud mental positiva, al considerar que un estado de no-enfermedad mental no es un indicador determinante y primario de bienestar mental (Vázquez-Colunga et al., 2017).

Esta definición dada por Jahoda en 1950 influyó la descripción actualizada de salud mental vigente, la cual se brindó por parte de la OMS (2004), que la considera un estado de bienestar a nivel biológico, psíquico y social en el que los sujetos reconocen sus capacidades, enfrentan las vicisitudes de la vida cotidiana, laboran funcionalmente y

contribuyen en su comunidad. En consecuencia, cada uno de estos factores afectan la salud mental, lo que conduce a problemas emocionales, los cuales predisponen la aparición de trastornos mentales (OMS, 2020c; OMS, 2022c).

1.8 Enfoques

Luego de presentar la conceptualización de la salud mental, se conocerán los 4 enfoques importantes relacionados a ella: el enfoque biomédico, conductual, cognitivo y biopsicosocial.

El enfoque biomédico se conceptualiza a partir de dos características sustanciales: reduce lo mental a un proceso biológico (estructura cerebral, sistema bioquímico), y considera la falta de un padecimiento como un indicativo de normalidad (Macaya, 2018). Lo primero, da a entender que los comportamientos, la personalidad, los estados de ánimo y los pensamientos son producto de la actividad mental del cerebro; por ello, se cataloga y se reduce como parte de la salud física. La segunda característica da a entender que el foco principal del bienestar psicológico reside en la ausencia de trastorno mental. Además, se considera el trastorno mental como la alteración o conjunto de alteraciones de los procesos cerebrales que afectan la actividad mental y el comportamiento del individuo y, por ende, su funcionamiento normal (Restrepo y Jaramillo, 2012).

Desde el enfoque conductual, la noción de salud mental se reformula por “salud comportamental” al no concebirse la noción de mente, sino que, desde una mirada conductual, se sustituye la mente por la conducta. En esa medida, la “salud comportamental” se entiende como las conductas o hábitos adaptativos que son productos del aprendizaje obtenido desde la infancia, los cuales permiten al sujeto actuar adecuadamente dependiendo del contexto. Por otro lado, se tiene en cuenta el concepto de enfermedad mental, la cual se entiende como las alteraciones de los hábitos (hábitos inadecuados) que son producto del aprendizaje de conductas desadaptativas; es decir, de

conductas que impiden la adaptación adecuada al medio y a las demás personas (Medina-Amor, 2010 como se citó en Torales et al., 2017).

Desde el enfoque cognitivo de la salud mental, se restablece lo mental al tratar de explicar el comportamiento. En ese sentido, lo mental se estima en relación con estructuras y procesos cognitivos que condicionan el sentir, el pensar y el comportar de la persona. Por tal motivo, el enfoque contempla la salud mental como la capacidad de una persona para responder razonadamente a lo que le exige el medio externo y a sus propias demandas internas.

Por otro lado, no se aborda en sí el término “enfermedad mental”, sino se reemplaza por trastorno mental, definido como el resultado de una concepción errada de la realidad, la cual no permite al individuo adaptarse favorablemente a las demandas intrínsecas y extrínsecas. Asimismo, según el enfoque, el trastorno mental está determinado por las alteraciones del pensamiento (pensamientos desadaptativos, distorsiones cognitivas, entre otros) que influyen en el área emocional y conductual (Medina-Amor, 2010 como se citó en Torales et al., 2017 y Restrepo y Jaramillo, 2012).

En lo que respecta al modelo biopsicosocial, la noción se integra por las dimensiones físicas, sociales y psíquicas, las cuales son fundamentales en el funcionamiento de la persona concebida como un ente (Engel, 1977; Leyva-Peña, et al., 2021). Desde esta perspectiva, el ser humano se concibe de forma holística, como un organismo psicológico, biológico y social, el cual recibe, procesa, almacena, crea información, le da un significado y la trasmite a través de su forma de reaccionar y comportarse (Belloch, 1993).

Al respecto, Engel (1980) y la OMS (2018) señalaron cuáles son los elementos que se consideran dentro de cada uno de los factores:

- **Factor biológico:** engloba los componentes biológicos y fisiológicos de la persona. Incluye aspectos como la genética, la estructura cerebral, el funcionamiento neuroquímico y hormonal, así como la salud física en general.
- **Factor psicológico:** se centra en los aspectos emocionales y mentales de la persona. Involucra el funcionamiento cognitivo, los procesos emocionales, las experiencias de vida, las conductas, emociones, actitudes, las estrategias de afrontamiento, la personalidad y la forma como cada individuo comprende y aprehende el mundo.
- **Factor social:** se refiere al entorno sociocultural donde una persona crece, se desarrolla y socializa. Incluye aspectos como la familia, la comunidad, el lugar de trabajo, el estatus socioeconómico, las normas culturales, las relaciones interpersonales y el acceso a recursos y apoyos sociales, así como la discriminación, el aislamiento social, la pobreza, el ocio, la educación y la religión.

Es preciso señalar que, después de haber realizado el análisis de cada uno de los enfoques, el más idóneo para explicar el tema que se pretende investigar es el enfoque biopsicosocial, debido a que permite percibir y entender que la salud mental del ser humano no solo se forma por un único factor determinante, sino que es la integración de tres factores esenciales: biológico, psicológico y social. Por lo tanto, la alteración de uno de estos factores trae como consecuencia una alteración en su salud mental (OMS, 2018). Sin embargo, se resalta que, en su gran mayoría, los estudios ejecutados en el personal sanitario de Latinoamérica han buscado conocer el factor psicológico y social, obviando el factor biológico.

1.8.1 Pandemia por COVID-19

La actual emergencia sanitaria nombrada pandemia por COVID-19 inició como un brote epidémico producido por un agente viral conocido como SARS-CoV-2, el cual, al tener un alto grado de contagio, afectó a muchos individuos de varias localidades, al poseer fácil traslado geográfico a través de las personas infectadas. Este se extendió a diversos países y, al caracterizarse por su alta tasa de letalidad, provocó una gran cantidad de muertes en el mundo (OPS, 2020b; OPS, s.f.). En la primera ola de contagio, los contagios confirmados alcanzaron los 4 731 458 y las defunciones 316 169, obteniendo una tasa de mortalidad de 67 % y una tasa de letalidad de 6.7 % (OMS, 2020 como se citó en Ministerio de Salud [MINSA], 2020a).

En las Américas, se observó una situación similar. Durante la primera y segunda ola de contagio, los casos confirmados fueron en aumento desde de 2 082 868 de contagiados y 124 669 de defunciones (OPS, 2020c) a 39 552 693 de contagiados y 921 256 de muertes (OPS, 2021b), obteniendo una tasa de mortalidad aproximada de 60 % y letalidad de 6 %. De manera paralela, al comienzo de la pandemia, la falta de conocimiento sobre la enfermedad y la carencia de tratamientos o curas conocidas llevaron a la generación de una perturbación psicosocial significativa. En consecuencia, esto se reflejó en la afectación de los estados emocionales, manifestándose en sensaciones de incertidumbre, miedo y angustia. Además, debido a la elevada tasa de contagio y la severidad de la enfermedad, muchos países tomaron la determinación de implementar medidas de confinamiento social o cuarentenas. Aunque estas acciones fueron efectivas para contener la propagación de la enfermedad, tuvieron como consecuencia un rápido surgimiento de problemas emocionales como la depresión, la ansiedad y el estrés (Ramírez-Ortíz, 2020).

Por otro lado, se estimó que, en América Latina, entre los años 2020 hasta la actualidad, aconteció aproximadamente cuatro olas o picos alcanzados por la infección. La primera y segunda ola ocurrieron aproximadamente a mediados del 2020 y 2021, respectivamente; la tercera ola entre fines de diciembre del 2021 y a principio del primer mes del 2022 (Cid y Marinho, 2022) y la cuarta ola a mediados del 2022. En relación con la tercera y cuarta ola, no hay investigaciones que brinden información sobre la afectación de la salud mental en este tiempo, solo estadísticas en las cuales se infiere que la tasa de mortalidad y letalidad han disminuido. Por ejemplo, en la región de las Américas, en julio del 2022, los casos notificados fueron alrededor de 170 969 051 y las defunciones 2 792 768 (OPS, 2022b). De esta manera, se obtuvo una tasa de mortalidad de 16.3 % y una tasa de letalidad de 1.63 %.

1.8.2 Personal sanitario

En relación con la conceptualización del término personal sanitario, es pertinente definirlo como un recurso humano que trabaja en actividades preventivas, promocionales, recuperativas y de rehabilitación para salud (MINSa, 2019). Este se encuentra integrado por profesionales del sector sanitario provenientes las áreas de medicina, enfermería, farmacia y bioquímica, obstetricia, odontología, ingeniería sanitaria, psicología, nutrición, biología, asistencia social y tecnología médica en campos como terapia física y rehabilitación, laboratorio clínico y anatomía patológica, radiología, terapia ocupacional y terapia de lenguaje. Asimismo, está conformado por el personal técnico y auxiliar asistencial que presta servicio en el campo asistencial de salud en obstetricia, enfermería, laboratorio, farmacia, nutrición, medicina física y rehabilitación, rayos X y odontología (Decreto Legislativo N° 1153/13).

1.8.3 El personal sanitario frente a la pandemia por COVID-19

Funciones del personal de salud

Con la emergencia ocasionada por el virus, se observó una demanda exponencial de servicios médicos, especialmente durante el primer año, marcado por la aparición de las primeras y segundas oleadas de contagios en la mayoría de los países, con un constante incremento en la tasa de mortalidad entre los afectados (OMS, 2022a). En efecto, este escenario desafiante obligó a una reestructuración de las responsabilidades del personal sanitario para hacer frente a la situación (OMS, 2020d). En respuesta a este cambio, la OMS estableció detalladamente las nuevas funciones adicionales que el personal sanitario asumió en sus entornos laborales. A continuación, se describen en detalle estas funciones adicionales según la OMS (2020d):

- Brindar información esencial sobre la prevención y gestión de infecciones, además de orientación en materia de salud pública a cualquier individuo que lo requiera.
- Seguir rigurosamente los procedimientos de salud y las normas de seguridad laboral establecidas por el empleador.
- Participar activamente en la capacitación sobre salud y seguridad brindada por el empleador.
- Evaluar, clasificar y tratar a los pacientes según los protocolos de atención proporcionados por su empleador.
- Mantener un trato hacia el paciente caracterizado por el respeto, la compasión y la dignidad.
- Notificar inmediatamente al hospital ante un indicio o la certidumbre de un caso de COVID-19.

- Utilizar de manera adecuada y eficaz el Equipamiento de Protección Personal (EPP).
- Detectar si posee algunos signos o síntomas causadas por la enfermedad por COVID-19 y avisar al encargado de turno.

El personal sanitario es esencial para la capacidad de un sistema de salud que tiene por objeto enfrentar crisis externas como brotes y comprender cómo los principales agentes en responder ante estas situaciones a menudo son los más impactados. Por ende, las medidas que respaldan a los trabajadores de la salud son fundamentales para fortalecer la resiliencia de los sistemas de salud (Chemali et al., 2022).

De este modo, el personal de salud no solo proporcionó atención médica directa a los pacientes con COVID-19, sino que también desempeñó un papel crucial en la educación pública, el rastreo de contactos y la gestión de la salud comunitaria. En consecuencia, estos se vieron obligados a adaptarse rápidamente a nuevos protocolos y tecnologías, manteniendo al mismo tiempo la atención de rutina a otros pacientes, lo que aumentó significativamente su carga de trabajo (Adams y Walls, 2020).

Sin embargo, la rápida expansión de la COVID-19 representó una carga significativa para los profesionales de la salud en la primera línea de los centros médicos, especialmente en áreas críticas como las unidades de urgencias y los servicios dedicados al tratamiento de la Covid-19. Como resultado, esta situación se vio agravada por la escasez de fondos y la falta de recursos médicos necesarios para enfrentar la pandemia. En tal sentido, los hospitales se vieron obligados a reestructurar rápidamente cada espacio disponible y a adquirir nuevos equipos para satisfacer las necesidades de atención inmediata o de cuidados intensivos, debido al aumento significativo en el número de pacientes diagnosticados (Isuiza et al., 2023).

En ese orden de ideas, el personal sanitario experimentaba una notable inquietud ante la ejecución de estas responsabilidades adicionales, principalmente derivada por la escasez de información esencial sobre la enfermedad durante el primer año de la pandemia. Como consecuencia, esta carencia de datos concretos generaba una incertidumbre considerable en torno a la enfermedad, lo que resultaba en un nivel elevado de preocupación y temor entre el personal de salud. Aunque es responsabilidad profesional de los trabajadores sanitarios proporcionar cuidados a los pacientes, también es crucial que dispongan de tiempo de ocio y descanso para un efecto positivo en su salud mental. No obstante, debido a la súbita propagación del coronavirus y la escasez significativa del personal de salud, aquello tuvo que postergarse hasta que la situación se estabilizara (Arshid et al., 2021).

Factores de riesgo en el personal sanitario ocasionados por la pandemia de COVID-19

En el año 2020, durante las dos primeras olas de contagios que afectaron a casi la totalidad de países, el personal sanitario estuvo expuesto a importantes factores de riesgos a causa del cumplimiento de las funciones mencionadas con anterioridad.

- **A nivel laboral:** se encuentra un EPP insuficiente o inadecuado, extensa y extenuantes jornadas laborales, falta de descanso, falta de capacitación específica para prevenir y controlar enfermedades virales, exposición a pacientes infectados o con sospecha de contagio, fallecimiento de pacientes con la enfermedad viral y la ineficacia en la cobertura del sistema de salud, como la carencia de camillas en el área UCI, falta de insumos médicos, ambientes no habilitados y malas condiciones de los establecimientos (Belingheri et al., 2020; Ran et al., 2020; Wang et al., 2020)

- **A nivel familiar:** el contagio o fallecimiento de familiares y separación de su núcleo familiar (Chen, 2020; OMS, 2020e).
- **A nivel social:** apoyo social limitado, además de aislamiento, discriminación y en algunos casos rechazo en su barrio o comunidad por prejuicios asociados a ser portador de la enfermedad (Díaz-Victoria, 2020, Figueroa, 2020; OMS, 2020e).

La coyuntura sanitaria que generó el coronavirus expuso al personal sanitario a un nivel significativo de riesgo y vulnerabilidad. Sin embargo, estos profesionales afrontaron desafíos considerables, desde la falta de EEP suficientes y adecuados hasta una jornada de trabajo extensa, extenuante y prolongada, así como la exposición constante al virus. Por lo tanto, el impacto emocional y psicológico posiblemente ha sido profundo, con la angustiada vivencia de presenciar el dolor y la tragedia de la pérdida de vidas humanas (Arshid et al., 2021).

1.8.4 Modelos teóricos relacionados al tema

Habiendo abordado las nociones clave en el tema, a continuación, se presentan los modelos teóricos que aportaron al análisis de la literatura que se relaciona en esta tesis como material bibliográfico.

Modelo de mediación moderada: Salud mental del personal sanitario durante el brote de la enfermedad del COVID-19

Por su parte, Hou et al. (2020) formularon un modelo de mediación moderada, la cual posee cuatro dimensiones: salud mental, apoyo social, resiliencia y edad. Al respecto, se encontró que las tres últimas mencionadas afectan directa o indirectamente la primera dimensión (ver Figura 2).

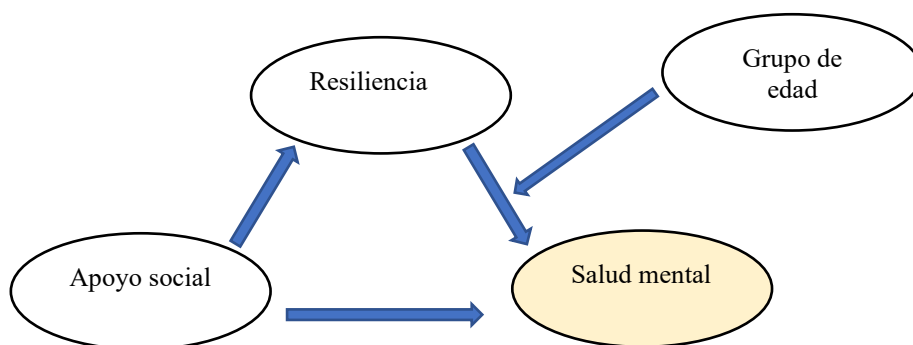
Los autores en mención definieron cada dimensión de la siguiente manera: 1) la salud mental como ente esencial para garantizar un estado de bienestar general en la persona, siendo esencial para una vida eficiente y productiva; 2) el apoyo social como la percepción que tiene la persona de estar incluido en un grupo social donde sus miembros se ayudan recíprocamente (Hajli, 2015 como se citó en Hou et al., 2020); 3) la resiliencia como la capacidad de un individuo para afrontar una situación adversa y recuperarse rápidamente; y 4) la edad como el tiempo vivido por cada sujeto (Fletcher y Sarkar, 2013 como se citó en Hou et al., 2020).

Este modelo apunta que en el marco temporal en que transcurrió la pandemia se evidenció (a) una correspondencia positiva entre la salud mental y el apoyo que el sujeto recibe de la sociedad. Esto sugiere que el personal de salud que dispone con un mayor respaldo social tiene mayor probabilidad de mantener niveles elevados de salud mental. Asimismo, (b) la resiliencia también desempeña un papel crucial para comprender cómo se vincula la salud mental con el apoyo que brinda la comunidad humana en la que se desarrolla. Es decir, según el presente modelo, el respaldo social contribuye a mejorar la resiliencia del trabajador del sector sanitario, lo cual puede reducir el impacto negativo de diversos factores estresantes en su salud mental.

Finalmente, (c) la influencia del grupo de edad puede modular la relación indirecta entre la resiliencia y la salud mental mediante el apoyo social. En este sentido, se evidenció que el aumento de la edad tiende a disminuir esta relación. Por lo tanto, la salud mental de los adultos de mediana edad (30 - 49 años) está menos relacionada con la resiliencia a diferencia del grupo más joven (18 < 30 años) (Hou et al., 2020).

Figura 2

Modelo conceptual



Nota. Tomado de Social support and mental health among health care workers during Coronavirus Disease 2019 outbreak: A moderated mediation model, por T. Hou et al., 2020, *PloS One*, 15(5).

A partir de lo antedicho, la condición de la salud mental del personal sanitario durante la emergencia ocasionada por la enfermedad viral del coronavirus, desde el modelo, se explica por el grado en el cual el trabajador percibe el apoyo social por parte de quienes hacen parte tanto del grupo familiar como de colegas. Asimismo, el modelo considera que, si la persona posee la capacidad de poder afrontar los desafíos y adaptarse de manera exitosa a ella, podrá sobrellevar las presiones de la vida y mantener una adecuada salud mental. Por tal motivo, si tanto la resiliencia (factor interno) como el apoyo social (factor externo) están presentes, estos tendrían un efecto amortiguador potenciado ante el impacto de las condiciones estresantes experimentadas, como lo ha sido la enfermedad del coronavirus en la salud mental (Morovati, et al., 2008 como se citó en Harandi, 2017).

Sin embargo, si el trabajador no percibe que posee el soporte necesario o no posee apoyo social, este ya no puede funcionar como factor protector, sino que se convertiría en un riesgo, lo que repercute en su salud mental a nivel emocional y social, y posiblemente

en el desarrollo de algunos trastornos mentales como el agotamiento, estrés agudo y trastorno de estrés postraumático (TEPT).

Finalmente, con respecto a la edad, los trabajadores más jóvenes ($18 < 30$ años), al tener un empleo menos prolongado, menor experiencia frente a epidemias o enfermedades respiratorias, y menor capacidad para solucionar conflictos estarían más vulnerables ante los eventos estresantes. Esto ocasionaría que dependan más de la resiliencia, fortaleciendo el vínculo indirecto entre el apoyo social y la salud mental. En otras palabras, la salud mental de los trabajadores del sector de la salud de menor edad dependería más de la resiliencia que los empleados con mayor edad (Hou et al., 2020).

Modelo Demanda - Control - Apoyo Social

Este modelo se desarrolló por Karasek (1979), el cual sugiere que las principales fuentes de estrés laboral se derivan de dos aspectos clave: las demandas psicológicas inherentes a la labor y el grado de control que el trabajador tiene sobre esas demandas.

En ese sentido, la dimensión de las demandas psicológicas se refiere a las presiones psicológicas que el trabajo impone al trabajador, tales como la presión del tiempo, la carga de trabajo en términos de cantidad e intensidad, entre otros aspectos. Por otro lado, en cuanto a la dimensión de control, se hace alusión al modo en que se ejecuta el trabajo. Esta última se conforma por la autonomía para tomar decisiones en el entorno laboral y las oportunidades que se brindan al trabajador para desarrollar sus habilidades (Karasek, 1979).

De acuerdo con el presente modelo, se considera la existencia de cuatro cuadrantes: alto estrés (1er cuadrante), estrés laboral elevado que se produce cuando existe de manera conjunta altas demandas psicológicas de trabajo y poco control en la toma de decisiones; activo (2do cuadrante), estrés moderado o bajo, se produce cuando existe altas demandas psicológicas y un alto nivel de control; bajo estrés (3er cuadrante),

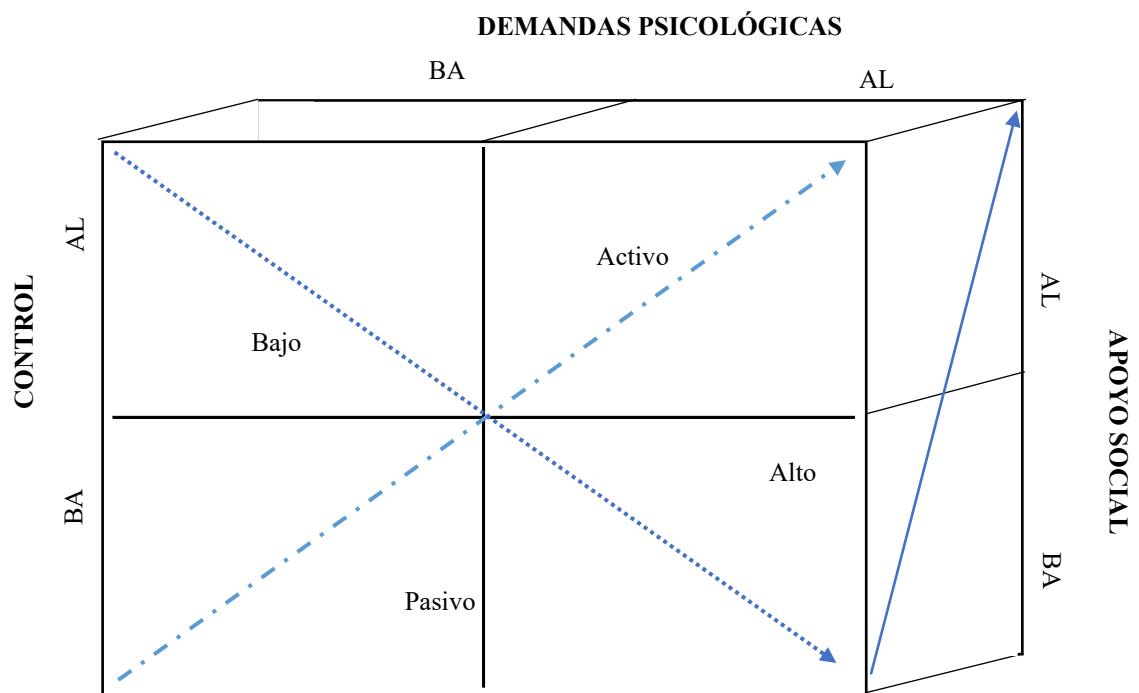
cuando existe conjuntamente bajas demandas psicológicas del trabajo y alto control sobre esta y; pasivo (4to cuadrante), cuando existen bajas demandas psicológicas y bajo control. Además, en el modelo Demanda-Control, el estrés se identifica como tensión mental, el cual modula el accionar de los trabajadores (Fernández y Calderón, 2017).

A partir de ello, se desarrollan dos predicciones dentro del modelo. En primer lugar, el estrés aumenta a medida que se incrementan las demandas laborales en relación con el débil control sobre ellas, lo que podría ocasionar fatiga, ansiedad y depresión. En segundo lugar, a medida que aumenten las demandas laborales y exista un alto nivel de control, se desarrollarán nuevos patrones de comportamiento y habilidades (Karasek, 1979; Fernández y Calderón, 2017).

Posteriormente, se incorporó un tercer factor propuesto por Johnson y Hall (1998), como se citó en Fernández y Calderón (2017), denominado apoyo social. Estos autores definieron el apoyo social en el contexto laboral como las interacciones sociales que tienen lugar entre el trabajador, sus compañeros y sus superiores. Además, lo catalogaron como una necesidad básica que actúa como un moderador del impacto de las demandas psicológicas (Araújo et al., 2016). Por esta razón, Johnson y Hall (1998) como se citó en Fernández y Calderón (2017) sostuvieron que un alto nivel de respaldo de la sociedad en el entorno de trabajo reduce el estrés, mientras que un bajo nivel de apoyo social lo aumenta. Como consecuencia, esto puede desencadenar problemas que alteren la salud mental del individuo como ansiedad, fatiga y depresión (Fernández y Calderón, 2017). A continuación, en la Figura 3 muestra el gráfico explicativo de este modelo.

Figura 3

Modelo de Demanda - Control - Apoyo Social



Nota. Tomado de Job Demands, Job Decision Latitude and Mental Strain; Implications for Job Redesign, por R.A. Karasek, 1979, *Administrative Science Quarterly*, 24(2).

Al aplicar el modelo Demanda-Control y Apoyo Social sobre el tema central del estudio, se consideró que el personal sanitario experimentó una alta demanda psicológica asociada al diagnóstico, la administración de tratamiento y la asistencia médica a pacientes afectados por la enfermedad del coronavirus en el organismo (Murillo, 2020, como se citó en Mazzeo, 2020). Estas demandas se estiman como la sobrecarga de responsabilidad, turnos prolongados que exceden el límite máximo de un trabajador, aumento de la concentración y atención en el cuidado del paciente (Kang et al., 2020; Vieta et al., 2020), así como la aplicación de distintas medidas sanitarias como el uso obligatorio en todo momento de mascarillas N95 o KN95, pantallas de protección y mamelucos y un ambiente laboral exigente (Cid y Marinho, 2022).

En relación con la dimensión de control, los primeros meses de emergencia sanitaria, los profesionales del sector de la salud estuvieron bajo control, es decir, contaron con escasa autonomía para tomar decisiones en el trabajo y pocas oportunidades para desarrollar sus habilidades blandas, debido al desconocimiento sobre el tema y la escasa libertad de accionar ante la exigencia del cumplimiento de las funciones específicas relacionadas con el tratamiento de la infección y las afecciones que desencadena el virus en el organismo (Adams y Walls, 2020).

En relación con el apoyo social en el ambiente laboral, un alto apoyo social entre colegas, amigos o superiores amortigua la alta demanda psicológica y, por ende, el estrés experimentado por el trabajador durante la pandemia por COVID-19. No obstante, ante la posibilidad de que exista un apoyo social insuficiente, el estrés podría incrementarse, lo que aumentaría la posibilidad de que surjan problemas emocionales, como es el caso de los síntomas de depresión y ansiedad (Woon et al.,2021).

Finalmente, según lo mencionado arriba, se puede aludir que, de acuerdo con la primera predicción que posee el modelo, existe en el personal sanitario (aquellos que tienen contacto directo con sospechosos o contagiados con el agente viral) una intensa carga psicológica y un nivel reducido de control, el cual está ocasionando un alto nivel de estrés (1er cuadrante). En consecuencia, esto pone en peligro la salud mental de aquel grupo de trabajadores; además, al considerar que existiera bajo apoyo social, este riesgo sería mayor, lo que aumenta la posibilidad de que se desencadene problemas emocionales como ansiedad, depresión, fatiga y otros de tipo mental como trastorno ansioso, depresión y estrés agudo.

1.9 Factores que influyen en la variable

Esta sección presenta las principales investigaciones que abordan como tema los factores protectores y de riesgo que afectaron la salud mental de los profesionales del

sector sanitario en América Latina en el marco de la emergencia ocasionada por COVID-19.

Por su parte, Robles et al. (2021a) realizaron una investigación de tipo cuantitativo-correlacional a mediados del 2020 en México, con el propósito de examinar las afectaciones de salud mental de los profesionales de la salud que laboró en áreas de exposición común al coronavirus y determinar los principales factores de riesgo asociados con los trastornos mentales más comunes.

En esa medida, la muestra, seleccionada bajo el criterio de conveniencia, consistió en 5938 profesionales de la salud, distribuidos de la siguiente manera: 15.9 % médicos generales, 17.7 % médicos especialistas, 19.9 % enfermeros, 19.8 % psicólogos, 13.2 % estudiantes de pregrado en medicina y psicología, y 13.6 % otros. Los instrumentos empleados incluyeron el listado de verificación de PTSD para DSM-5, el Physician Well-Being Index, la Escala de Ansiedad de 5 ítems del estudio de campo para la APS CIE-11, los primeros ocho ítems del Cuestionario de Evaluación del Estado Actual de la SSOM y el cuestionario PHQ-2.

De conformidad con estos instrumentos, los resultados revelaron altos índices de falta de sueño (52.1 %), depresión (37.7 %) y TEPT (37.5 %) en los trabajadores de la salud que estuvieron en la primera línea. Con relación a los factores de riesgo, se identificó la falta de tiempo de descanso como un predictor para el insomnio, mientras que el duelo por el fallecimiento de seres queridos o cercanos por la infección se asoció con la depresión.

Sobre esto, los médicos generales evidenciaron mayor riesgo de agotamiento y los trabajadores de salud de pregrado presentaron mayor grado de depresión. Además, se observó que las mujeres tenían una mayor probabilidad de desarrollar afectaciones de salud mental y la edad mostró ser un factor protector para los problemas mentales en toda

la muestra. También, se consideró a los profesionales que trabajan en primera línea como un grupo de riesgo y el ser médico o paramédico joven como un grupo de alto riesgo.

Asimismo, Urzúa et al. (2020) examinaron la manifestación de sintomatología relacionada con afecciones de salud mental y los factores de riesgo que podían presentar los profesionales sanitarios en Chile. Para ello se planteó un diseño cuantitativo-correlacional. La muestra, seleccionada bajo el criterio de conveniencia, estudió a 125 trabajadores de la salud, donde el 25.6 % eran médicos, el 17.6 % enfermeros y el 56.8 % pertenecían a otras profesiones del área. Los instrumentos empleados comprendieron el cuestionario PHQ-9, la escala GAD-7, el índice ISI-7 y la escala IES-R-22.

Al respecto, los hallazgos revelaron que un 65.6 % de la muestra mostró signos de depresión, el 74.4 % presentó síntomas de ansiedad, un 74.8 % experimentó insomnio, un 56.8 % reportó distrés y un 62.4 % indicó carencia de EPP. Al discriminar los datos en función del sexo y las categorías de trabajo, se identificó que el personal femenino, los médicos y enfermeros exhibían una mayor incidencia de síntomas de depresión, ansiedad, insomnio y distrés en un grado severo que los hombres y el personal que labora en otras categorías. Además, el personal que estuvo expuesto al cuidado de pacientes con coronavirus presentó una sintomatología más pronunciada, especialmente en lo que respecta al insomnio y el estrés.

De la misma manera, Pazmiño et al. (2021) llevaron a cabo un estudio de tipo cuantitativo-correlacional a principios del 2020 en Ecuador para determinar cuáles eran los principales factores protectores y de riesgo relacionados con las afecciones mentales que se registraron en profesionales de la salud ecuatorianos en el marco de la reciente emergencia sanitaria de escala global. La muestra, conformada en función del criterio de conveniencia, incluyó a 1028 participantes, de los cuales el 54.18 % eran médicos, el 33.94 % enfermeras, el 5.05 % psicólogos, el 2.82 % técnicos de laboratorio y el 3.98 %

pertenecía a otras categorías. Los instrumentos empleados para la investigación fueron el cuestionario PHQ-9, la escala GAD-7, el índice ISI-7 y la Escala de Impacto de Eventos (IES).

Como consecuencia, los resultados evidenciaron que el 39.2 % presentó síntomas moderada a severa de ansiedad, 27.3 % de depresión, 43.8 % TEPT y 16,3 % de insomnio. En cuanto a los factores de riesgo identificados, los autores encontraron que ejercer la profesión en territorio guayasense, uno de los más afectados, se correlacionó con la manifestación de síntomas depresivos, de TEPT y de insomnio. Además, se identificó que ser médico con un nivel educativo más alto se asoció con una sintomatología depresiva y de insomnio. Tener un EPP inadecuado se asoció con la manifestación de depresión y ansiedad, y la pertenencia al sexo femenino se vinculó únicamente con la sintomatología ansiosa.

En cuanto a los factores protectores, los estudiosos identificaron que trabajar en la misma provincia de residencia se relacionó con una baja incidencia de depresión e insomnio; asimismo, ser psicólogo se vinculó con una menor cantidad de sintomatología depresiva, insomnio y ansiedad, mientras que tener entre 18 y 35 años se correspondió con síntomas de insomnio y ansiedad. Es importante destacar que el trato con pacientes sospechosos de tener el agente viral no se identificó como un factor de riesgo en los síntomas evaluados.

A partir de los estudios mencionados, se observó que hay factores de protección como de riesgo que están vinculados con la salud mental de los profesionales del sector de la salud. En relación con los factores de riesgo, los hallazgos presentados por Pazmiño et al. (2021) indicaron que ser del sexo femenino, trabajar cerca del epicentro, tener una edad joven (de 18 a 25 años) y percibir la insuficiencia de un EPP adecuado se asociaron

con la manifestación de afecciones mentales como la ansiedad, la depresión y el insomnio, respectivamente.

Por tal razón, sus conclusiones son concordantes con los hallazgos del estudio realizado por Robles et al., al señalar que tener \leq a 40 años y ser mujer evidenciaba mayor presencia de insomnio, depresión y riesgo de TEPT. De la misma manera, Urzúa et al. (2020) afirmaron que la población femenina y en general quienes carecían de EPP presentaron mayores síntomas de ansiedad, insomnio, depresión y estrés.

Sumado a ello, pertenecer a la profesión de medicina y estar laborando en primera línea se consideró un factor de riesgo importante como lo mencionan Robles et al. (2021b) y Urzúa et al. (2020). Aunque Pazmiño et al. (2021) refirieron que el contacto con individuos que son sospechosos de padecer COVID-19 no fue un factor de riesgo. Respecto a los factores protectores, Pazmiño et al. (2021) destacaron que trabajar cerca del lugar de residencia y ser psicólogo evidenció una menor presencia de depresión, insomnio y ansiedad. Asimismo, la edad mostró ser un factor protector para los problemas mentales. Es decir, a mayor edad menos presencia de síntomas de problemas mentales.

Ante los factores protectores y de riesgo señalados, en estos estudios no son determinantes para la aparición del malestar emocional y su progresión en trastornos mentales, ellos solo aumentan la probabilidad de que suceda o disminuya aquella situación. Sin embargo, se toman en consideración porque brindan información relevante para comprender y prevenir el problema que está afectando al personal sanitario.

De conformidad con los autores aludidos, resulta evidente que los profesionales que prestan servicios de salud enfrentan un riesgo sustancial de contraer COVID-19, dado que la mayoría desempeña sus labores en el entorno de trabajo de modalidad presencial. Esta circunstancia tiene un nivel de riesgo relevante para estos trabajadores, puesto que, cuando se combina con otras variables externas como la insuficiencia de EPP y la falta

de respaldo social por parte de amigos, compañeros o familiares, incrementa la susceptibilidad al desarrollo de problemas emocionales como ansiedad, estrés y depresión.

Por otra parte, otros factores de riesgo mencionados son la pertenencia al sexo femenino y la edad (juventud). En tal sentido, en relación con la mujer profesional, se propone como factores de riesgo la percepción del desequilibrio entre la cantidad de trabajo y el tiempo disponible para ejecutarse, la doble carga laboral; es decir, cumplir las funciones asignadas en su trabajo y ocuparse de varias labores para mantener el hogar, sobre todo si tenían hijos o familiares delicados de salud (Silva-Junior et al., 2021), así como percibir menor remuneración en comparación con los varones y ocupar puestos menos valorados en el sector salud (Boniol et al., 2019). En conformidad con los jóvenes, se considera la falta de competencias socioemocionales, adecuadas estrategias de afrontamiento, poseer menor experiencia laboral y la falta de capacitación especializada; como consecuencia, esto los limitaría de realizar las intervenciones necesarias de manera adecuada ante las situaciones estresantes ocasionadas por la reciente pandemia.

1.10 Impacto de la variable

Esta sección expone los estudios principales que investigan el impacto de la pandemia del COVID-19 en la esfera psicológica y social de la salud mental del personal sanitario en Latinoamérica y la severidad de la afectación de su salud mental.

Afectación de la esfera psicológica y social de la salud mental en personal sanitario de Latinoamérica

Esfera psicológica

Por su parte, Paula et al. (2021) estudiaron en los primeros meses del 2020, bajo un enfoque cualitativo, las reacciones y emociones experimentadas por el personal sanitario de Brasil que trabaja en la primera línea del área de hospitalización destinada a

atender pacientes en quienes se sospechaba la presencia del virus. La muestra incluyó a 19 profesionales, seleccionados por conveniencia, entre los cuales el 43 % eran técnicos de enfermería, el 24 % enfermeras, el 11 % fisioterapeutas y el 22 % médicos.

Seguidamente, a cada participante se le administró una entrevista semiestructurada y, luego de sistematizar las respuestas, se hizo un análisis de contenido. Los hallazgos revelaron que la motivación principal para trabajar en la primera línea era la búsqueda de una mayor experiencia. Las emociones y sentimientos más comúnmente experimentados por el personal sanitario incluyeron el miedo, la ansiedad, la sensación de obligación, la preocupación por la muerte y la tristeza. En algunos casos, también surgieron sentimientos de incertidumbre y preocupación por el futuro. Además, se destacó la presencia de prejuicios y discriminación hacia aquellos que trabajan en la primera línea. Finalmente, se identificó que más de la mitad de los entrevistados intentaba mantener algunas actividades cotidianas, como la práctica de actividad física, la lectura y ver programas de televisión.

Asimismo, el estudio, de tipo cuantitativo descriptivo, realizado en Perú entre marzo y agosto del 2020 por Gamboa et al. (2021) tuvo como finalidad medir la resiliencia de trabajadores sanitarios de dos centros hospitalarios de Trujillo ante la coyuntura que vivió el mundo en el periodo bajo indagación. En ese sentido, la muestra seleccionada por conveniencia la integraron 106 trabajadores de salud (40 % médicos, 18.5 % enfermeros, 13.8 % obstetras, 16.9 % técnicos de enfermería y 10.8 % personal de laboratorio). Para ello se empleó el instrumento Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild y Young, cuyos hallazgos indicaron que en ambas instituciones médicas se constató un nivel significativamente alto de resiliencia que oscilaba entre el 95 % y 98 %, siendo el personal de enfermería, laboratorio y obstetricia quienes exhibieron el nivel notablemente

más elevado de resiliencia (100 %), seguido de los técnicos en enfermería (94 %), quienes reportaron el segundo porcentaje más alto, y los médicos (93 %).

De igual manera, en el estudio de naturaleza cuantitativa y correlacional que realizaron Indacochea et al. (2021) en varios países latinoamericanos para el mes de julio del 2020 se propuso evaluar el temor y la ansiedad frente a la muerte experimentado por personal médico, tomando como marco contextual la reciente pandemia ocasionada por el coronavirus.

La muestra seleccionada por un método de muestreo no probabilístico consecutivo se integró por 219 médicos de diversas especialidades, un 51.6 % proveniente de Perú y un 48.4 % de otros países. Para recopilar los datos requeridos se utilizaron la Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS) y la Escala Modificada de Miedo a la Muerte de Collet-Lester. De conformidad con lo anterior, los hallazgos revelaron que el 53.4 % de los participantes experimentaron ansiedad; en cuanto al miedo, el 56.2 % expresó temor a su propia muerte y el 79.5 % manifestó inquietud ante el proceso de morir personal, siendo esta última cifra más alta entre quienes brindaron servicios de salud a pacientes contagiados y aquellos con más años de experiencia. Finalmente, el 80.8 % de los participantes expresó preocupación por la muerte de otras personas, lo que destacó particularmente entre los médicos que trataron a personas con el virus y los que ya se habían jubilado.

A partir de los estudios citados, Indacochea et al. (2021) aludieron al curso de la emergencia donde gran parte del personal médico manifestó temor tanto a la muerte personal como a la de otros. Igualmente, expresaron el miedo al proceso del fallecimiento de sí mismo y del otro, lo cual está vinculado al riesgo de contagio y a la exposición a situaciones relacionadas con la muerte producto de la infección.

Además, estos autores manifestaron que más de la mitad de aquellos médicos encuestados evidenciaron la presencia de ansiedad. De igual manera, el estudio ejecutado por Paula et al. (2021) señaló que los profesionales de servicios médicos reportaron preocupación, miedo, tristeza y ansiedad frente a la muerte; asimismo, indicaron que el rechazo del entorno social por medio de prejuicios y conductas discriminatorias generó en el personal de salud miedo, tristeza y enfado. Añadido a ello, Gamboa et al. (2021) encontraron que los trabajadores del sistema sanitario mostraron nivel significativo de resiliencia.

Con base en lo mencionado por los autores líneas atrás, las emociones experimentadas por el personal de salud debido a la pandemia incluyen la tristeza, el miedo y la ansiedad. En efecto, estas emociones negativas son respuestas emocionales básicas que se distinguen por causar una experiencia desfavorable y una respuesta fisiológica intensa, dado que se diseñan para preparar a la persona con el fin de responder de manera apropiada a las exigencias de su entorno (Macoir et al., 2019).

Como se pudo observar, la situación de pandemia por COVID-19 produjo varias emociones negativas, siendo la emoción más predominante el miedo. Se considera que esta emoción fue un estado emocional constante en el personal sanitario, debido a que fue una reacción natural y una respuesta adaptativa ante la evaluación de la situación de pandemia como una amenaza (Mertens et al., 2020). Sin embargo, en consecuencia, de su mantenimiento en el tiempo y su intensidad, pudo haber ocasionado un desgaste físico, psicológico y emocional que se evidenció en la aparición de síntomas como ansiedad y depresión, los cuales, al cronificarse, pudieron generar la aparición de trastornos mentales como de estrés agudo, TAG o depresión, lo que afectó así a su salud mental (Mertens et al., 2020, Paula et al., 2021).

Otro punto que resaltar en este apartado es la resiliencia del personal sanitario, la cual se considera un factor protector ante problemas emocionales, así como ante los trastornos mentales, debido a que abarca la capacidad del individuo para superar los desafíos por medio de la emisión de conductas adaptativas (Gamboa et al., 2021). No obstante, no se ha considerado como un posible determinante para prevenir problemas emocionales y trastornos mentales en este grupo específico, debido a que solo se encontró en toda la revisión de estudios una investigación que abarca específicamente este punto.

Empero, se tomó en cuenta su presencia, debido a que, según el modelo de mediación moderada: Salud mental del personal sanitario durante el brote de la enfermedad del COVID-19, la resiliencia es una variable importante para conservar en buen estado la salud mental (Hou et al., 2020).

Finalmente, se puede mencionar que, mientras las emociones negativas prepararon al personal para afrontar las demandas inmediatas, las emociones positivas como la esperanza y el alivio podrían fomentar la resiliencia y facilitar la recuperación a largo plazo. Por consiguiente, ambas son fundamentales y funcionan como un sistema bidireccional, el cual permitió al personal sanitario navegar por el complejo espectro de experiencias durante y después de la pandemia (Tornquist y Miles, 2023).

Esfera social

Al respecto, Monterrosa et al. (2021) estudiaron en Colombia la frecuencia de la percepción de agresión por parte del entorno y su correlación con el estrés presentado en el trabajo *La ansiedad y el miedo al contagio y al virus*. El estudio se enmarca en un diseño cuantitativo correlacional transversal. Asimismo, la muestra seleccionada bajo el criterio de conveniencia comprendió a 531 médicos generales. Los instrumentos empleados incluyeron la Prueba de Estrés Laboral, las escalas FCV-19S y GAD-7, y un cuestionario sociodemográfico. De conformidad con lo anterior, los hallazgos revelaron

que el 39 % de los profesionales que participaron reportaron percepción de discriminación, mientras que más del 70 % experimentaba angustia en el ámbito laboral y temía contagiar la infección a sus familias, incluyéndose a sí mismos como posibles pacientes de COVID-19.

A pesar de que solo el 23 % se sentía seguro y respaldado por sus superiores, el 73 % expresó satisfacción con su trabajo. Aunado a esto, se encontró en un nivel medio-alto el estrés laboral experimentado por más del 30 % de los médicos y ansiedad moderada-severa en el 40 % de estos. El temor relacionado con la pandemia y la labor profesional mostró una relación significativa con la percepción de discriminación. Igualmente, la ansiedad, el estrés y el temor al contagio y al virus se relacionaron con una mayor percepción de discriminación. En contraposición, sentir el respaldo de los superiores se relacionó negativamente con esta percepción. En síntesis, el 40 % de los participantes reportaron percibir discriminación, lo cual se asoció de manera significativa con el miedo, la ansiedad y el estrés experimentado en el curso de la emergencia sanitaria.

Sobre esto, De la Cruz et al. (2021) investigaron la incidencia de agresión de la comunidad dirigida a profesionales de la enfermería en países de latinoamericanos durante la pandemia, en cuanto a las emociones y las afectaciones psicológicas que estas expresiones violentas dejaron como secuela en el personal. La metodología utilizada fue cuantitativa-descriptiva. Para ello, se contó con la participación de 310 trabajadores de enfermería, seleccionados por conveniencia y distribuidos como sigue: 8.4 % personal de servicio social, 16.1 % auxiliares de enfermería, 50.3 % enfermeros y 24.8 % especialistas en enfermería.

Para recopilar la información necesaria se administró una encuesta desarrollada por los investigadores. Los hallazgos revelaron que más del 79.6 % de los participantes informaron haber experimentado algún tipo de agresión o discriminación, siendo los

lugares más comunes la calle (24.3 %), el transporte público (15.2 %), el lugar de trabajo (12.9 %), el barrio o comunidad (11.7 %) y el supermercado (7.1 %). Además, las emociones predominantes fueron el miedo al contagio (73.7 %) y el temor a contagiar a sus familiares (33.4 %).

Respecto a los síntomas psicológicos, se mencionaron dificultades para conciliar el sueño (33.4 %), ansiedad (29.2 %), síntomas depresivos (10.4 %) y mayor apetito (8.8%). De igual modo, estos autores examinaron si prestar servicios médicos en el área de atención al COVID-19 estaba vinculado con alteraciones emocionales y síntomas psicológicos, concluyendo que no se encontraron diferencias significativas. Del mismo modo, se halló que trabajar en la atención del área COVID-19 es independiente a las agresiones vividas; es decir, el nivel de atención no está relacionado con las agresiones recibidas.

Asimismo, Pires et al. (2021) evaluaron en Brasil los cinco dominios que abarca el dominio psicológico, físico, relaciones sociales, medioambiente y calidad de vida en trabajadores que brindan atención sanitaria y estaban expuestos a la posibilidad de contraer la enfermedad del COVID-19. En ese sentido, la muestra comprendió a 476 profesionales de la salud, de los cuales el 79.2 % eran médicos y el 20.8 % formaban parte del equipo de enfermería, todos sometidos a la prueba de detección de COVID-19. Para recoger la información requerida, se aplicó la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF y un cuestionario sociodemográfico. Los resultados evidenciaron que el promedio general del puntaje de calidad de vida fue de 65.7 %, siendo en el dominio físico 67.4 %, en el dominio psicológico 67.7 %, en el dominio relaciones sociales 66 % y en el dominio del medioambiente 61.8 %.

De igual modo, se evidenció que el dominio más afectado fue el medioambiente, el cual aborda aspectos como el ocio, el entorno del hogar, el ambiente físico, los recursos

económicos, la seguridad y la protección física. Por otro lado, el dominio menos afectado fue el físico, que trata sobre el dolor, el malestar físico y la movilidad. Además, se identificó que el dominio más comprometido para el equipo de enfermería fue el medioambiente, mientras que para los médicos fue el dominio psicológico, relacionado con la atención, la concentración, las emociones negativas, el pensamiento y el aprendizaje.

A partir de los reportes del estudio De la Cruz et al. (2021) se evidenció que las agresiones a los profesionales de enfermería son frecuentes en el entorno social en la cual se desenvuelve, no habiendo diferencia si aquellos laboran o no con pacientes con COVID-19. Además, los autores mencionaron que en una mayor proporción los participantes manifestaron temor a que ellos mismos padezcan de la enfermedad por COVID-19 y/o contagiar a las personas más cercanas, como es el caso de los familiares.

Igualmente, Monterrosa-Castro et al. (2021) destacaron que los médicos percibieron cierto grado de discriminación, lo cual estaba asociado a su rol como profesional. En esa medida, los médicos, en su mayoría, fueron los que percibían menor grado de protección por parte de sus superiores y evidenciaron mayor estrés y ansiedad. De igual modo, fueron los que experimentaron mayor temor al considerar que, en cualquier momento, podrían convertirse en pacientes que necesitaran atención, así como convertirse en portadores de la infección en casa. Añadido a ello, Pires et al. (2021) expresaron que el dominio del medioambiente en los trabajadores de la salud fue el que sufrió mayores daños, considerando en este los recursos financieros, el ambiente laboral, ambiente familiar y el ocio, y el dominio de relaciones sociales, donde se considera el apoyo social y las relaciones personales.

Con base en lo mencionado por los autores, las agresiones dirigidas al personal sanitario se hicieron evidentes desde los primeros meses en que se declaró la situación de

pandemia. Estas agresiones se manifestaron principalmente en el entorno social inmediato de los profesionales, como en las calles, mercados, transporte urbano y lugares de trabajo. Por consiguiente, se consideró que estas agresiones se expresaron a través de comentarios y conductas discriminatorias, las cuales estaban vinculadas con un sesgo cognitivo que asociaba a todo trabajador de la salud que laboraba de manera presencial con la enfermedad del COVID-19.

Además, se mencionó que la aparición y transmisión acelerada del virus impactó a la población, lo que generó en ellos ansiedad e inseguridad. Esto, en consonancia con la escasa información acerca de la enfermedad del COVID-19, generó la aparición de lo que se conoce como infodemia; es decir, una epidemia de información marcada por el miedo, la especulación y los rumores (García-Saisó et al., 2021).

Como resultado de esta situación, surgió el desarrollo del estigma social asociado con el COVID-19, el cual se dirigió mayormente al grupo que estaba en mayor contacto con personas enfermas y el personal sanitario (Díaz, 2020). Es importante destacar que el personal sanitario abarca una diversidad de profesionales del ámbito de la salud, que comprende tanto a médicos y enfermeros como a otros individuos que proporcionan atención y servicios relacionados con el ámbito sanitario. Además de los médicos y enfermeros, este grupo puede incluir a farmacéuticos, personal administrativo de salud, terapeutas, técnicos médicos, trabajadores sociales sanitarios, entre otros.

Severidad de la afectación de la salud mental entre los años 2020 y 2021 en el personal sanitario de Latinoamérica

Ansiedad, depresión y estrés

Sobre esto, Naranjo y Poveda (2021) llevaron a cabo una investigación entre mayo y junio de 2020, con el propósito de reconocer las manifestaciones de ansiedad y depresión entre trabajadores de la salud en Ecuador en respuesta a la pandemia. El diseño

del estudio fue de naturaleza cuantitativa y descriptiva. La muestra se seleccionó con la aplicación de un muestreo por bola de nieve y abordó a 400 profesionales pertenecientes a diversas áreas de la salud, donde el 44 % eran enfermeros, el 37.5 % médicos, el 8 % psicólogos, y el restante 10.5 % comprendía el personal de laboratorio clínico, ginecología, odontología, terapia de lenguaje, obstetricia, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia de respiración y trabajo social. La información se recogió utilizando la escala HADS.

Como hallazgo se reveló que el personal de salud reportó 45.5 % de casos probables de ansiedad y 46.25 % de problema de ansiedad. Asimismo, el 34.5 % reportó caso probable de depresión y un 18 % problema de depresión. En cuanto a la puntuación general de HADS y el tipo de profesión, se evidenció que los enfermeros presentaron mayor prevalencia de ansiedad (23.5 %), los médicos un caso probable de ansiedad (18.25 %) y los psicólogos una menor prevalencia de ansiedad en ambos (8 %). Adicionalmente, se evidenció un 17 % del personal de enfermería con sintomatología de caso probable de depresión, así como un 3.25 % de los psicólogos con bajo porcentaje.

Asimismo, Obando et al. (2020) evaluaron en Perú el nivel de ansiedad, depresión y estrés en profesionales de enfermería que prestaron servicios de cuidado a personas con indicios de coronavirus. Para ello, se planteó un diseño cuantitativo y descriptivo, mediante un muestreo no probabilístico por cuotas. El grupo de estudio incluyó a 126 enfermeros que trabajaban en el servicio de urgencias de 2 hospitales del sector público de tercer nivel ubicados en Lima-Callao. De igual modo, se empleó la escala DASS-21 para la medición.

Los hallazgos señalaron que el 39.1 % de los individuos presentó ansiedad, ya sea leve, moderado o severo. Asimismo, el 24.6 % exhibió cierto grado de depresión, mientras que el 8.8 % reportó estrés. En relación con la depresión moderada y severa, los

enfermeros de 35 a 47 años registraron un 7.9 %, mientras que los de 48 a 58 años un 12.5 %. Seguidamente, se observó que el 38.5 % manifestó síntomas depresivos y el 57.7 % de las enfermeras mujeres experimentaron algún grado de ansiedad, en comparación con el 6.2 % de los hombres.

De igual manera, se destacó también que los prestadores del servicio de enfermería que laboraba en el hospital de Lima exhibieron un mayor nivel de estrés (16.6%) en contraste con el hospital del Callao (1.5%). En resumen, los profesionales de enfermería que trabajan en el área de emergencia y atienden a personas con sospecha de COVID-19 exhibieron niveles de ansiedad, seguidos por depresión y estrés. Las mujeres mostraron una sintomatología más pronunciada de ansiedad, depresión y estrés en contraste con los hombres.

Por otro lado, Campos et al. (2021) realizaron una investigación cuantitativa correlacional en Brasil, entre mayo y junio del 2020, con el propósito de conocer la predominancia de ansiedad, estrés y depresión en los profesionales de la salud en el marco de la emergencia ocasionada por el coronavirus, y comparar estos niveles según diversas categorías ocupacionales. Por tal motivo, se empleó un muestreo no probabilístico por bola de nieve.

A partir de esta técnica, se compuso la muestra con 1609 trabajadores de la salud, de los cuales 190 eran médicos, 198 enfermeros, 267 psicólogos, 341 dentistas, 157 farmacéuticos, 115 fisioterapeutas, 133 nutricionistas y 208 de otras profesiones. Los instrumentos utilizados fueron las escalas IES-R-22 y DASS-21.

Los hallazgos muestran que, independientemente de la categoría de trabajo, el 62.9 % reportó sentirse inseguro y el 69.1 % observó un cambio en su salud mental. Además, se evidenció que los síntomas de estrés (55.8 %), depresión (57.2 %) y ansiedad (46.2 %) estaban presentes en todas las categorías ocupacionales, destacándose

especialmente en los dentistas y farmacéuticos. Sin embargo, se obtuvieron puntajes significativamente bajos en los médicos, enfermeros y sobre todo en los psicólogos. Además, estos percibieron que los participantes con mayor prevalencia de la rutina de trabajo presencial fueron los médicos y enfermeras; asimismo, los psicólogos mostraron mayor prevalencia de trabajo remoto (64.4 %), mientras que los odontólogos reportaron menor prevalencia de ello (20.2 %). También, los médicos obtuvieron menor prevalencia de desempleo (9.5 %) en comparación con los odontólogos (32.3 %).

A partir de los estudios citados, Naranjo y Poveda (2021) señalaron que aproximadamente la mitad de los profesionales examinados mostró sintomatología ansiosa y depresiva. Estos hallazgos guardan similitud con los resultados obtenidos por Obando et al. (2020), quienes también informaron sobre la prevalencia de estas dos afecciones y de estrés. Al respecto, Campos et al. (2021) corroboraron estos resultados, al agregar que más del 50 % de sus participantes se sentían inseguros ante la emergencia sanitaria que estaban afrontando.

Por otro lado, se observó que existe una discrepancia entre Naranjo y Poveda (2021) y Campos et al. (2020) con respecto a los profesionales que fueron más afectados. La primera muestra que los médicos mostraron una mayor prevalencia de ansiedad y depresión, mientras que el segundo autor indicó que fueron los farmacéuticos y dentistas. Otro punto que resaltar en ambos autores es que los psicólogos son los que tuvieron menor impacto psicológico.

De conformidad con estos autores, los problemas emocionales que se manifestaron en el personal sanitario fueron la ansiedad, la depresión y el estrés. En tal sentido, se consideró que los tres problemas emocionales referidos están relacionados entre ellos. En primer lugar, en relación con el estrés, este fue una reacción adaptativa frente a las presiones, exigencias y restricciones del entorno en el cual se desenvolvía el

personal sanitario. Estas situaciones estresantes, en muchos casos, sobrepasó la capacidad de respuesta de aquella población, lo que generó un malestar significativo e incrementó el riesgo de padecer problemas emocionales y trastornos mentales. En segundo lugar, con respecto a la ansiedad, esta se manifestó como un estado emocional constante en los trabajadores de la salud, originada en la evaluación de la situación de pandemia como una amenaza potencial. No obstante, es crucial diferenciar entre la ansiedad funcional y la ansiedad disfuncional.

La ansiedad funcional actúa como un mecanismo de alerta ante peligros reales y puede facilitar la adaptación y la respuesta a corto plazo frente a amenazas inmediatas (Maner y Kenrick, 2010, Parra-Bolaños, 2023). Por el contrario, cuando la ansiedad persiste en intensidad, se prolonga más allá de la presencia de la amenaza directa, y comienza a afectar de manera adversa el desempeño en las actividades cotidianas y laborales, se considera disfuncional (Díaz y De la Iglesia, 2019).

Por consiguiente, este tipo de ansiedad disfuncional no solo no solo excede en medida en relación con el estímulo que la origina, sino que también puede conducir a la evitación de situaciones necesarias para el funcionamiento diario y la salud mental en general, lo que perjudica así la calidad de vida del individuo (Parra-Bolaños, 2023; Díaz y De la Iglesia, 2019). En último lugar, en concordancia con la depresión, también se considera como un estado anormal que se genera a causa de experimentar la cuarentena obligatoria, el autoaislamiento por haber sido contagiado, presenciar la muerte de alguien cercano y percibir la pandemia como un peligro para su salud y su vida, así como la de los demás, entre otros (Brook et al., 2020). Como consecuencia, esto generó una tristeza profunda que interfirió en sus actividades cotidianas, así como en sus actividades laborales.

De acuerdo con lo mencionado, el estrés y la ansiedad están relacionados, debido a que ambos tratan de generar respuestas adaptativas ante las demandas del entorno. Aquellas respuestas están relacionadas con el factor cognitivo y la activación fisiológica, las cuales ocasionan diversos síntomas como la disminución del rendimiento, pérdida de control, tensión muscular y cansancio. Asimismo, el estrés está vinculado tanto con la depresión como con la ansiedad, puesto que un alto estrés predispone al inicio y el desarrollo de ambos. De igual modo, la ansiedad y depresión también pueden considerarse como fuente de estrés.

Finalmente, otro punto por resaltar es que los médicos y el equipo de enfermería fueron el personal sanitario que evidenció mayor presencia de ansiedad, estrés y depresión. Esto puede corresponder al exceso de trabajo, fuertes demandas laborales y el contacto, atención y manejo de personas con sospechosas o contagiadas con la enfermedad del COVID-19; además de haber contagiado a sus familiares cercanos y posiblemente contemplar el fallecimiento de algún familiar, colega o paciente a causa de aquella enfermedad.

Trastorno por Estrés Agudo

Por su parte, Chapa et al. (2021) hicieron una indagación cuantitativa descriptiva en México en el 2020, a mediados del mes de mayo, con el propósito de determinar la frecuencia del TEA en los profesionales sanitarios que laboran en un hospital de atención pediátrica de nivel III en el curso de la crisis sanitaria ocasionada por el coronavirus. La muestra se seleccionó según el criterio de conveniencia e incluyó a 206 participantes, distribuidos en médicos de cabecera (29.1 %), médicos residentes (40.8 %) y personal de enfermería (30.1 %).

Los autores aplicaron la Escala de Trastorno por Estrés Agudo (TEA) como instrumento de evaluación. Al respecto, los hallazgos indicaron que el 88 % de los

trabajadores sanitarios cumplieron con los criterios de sospecha de TEA, de los cuales 13.6 % indicaban riesgo de desarrollar Trastorno Postraumático. En relación con el TEA y la categoría de trabajo, no se encontraron diferencias significativas; no obstante, resulta relevante destacar que tanto médicos (41.7 %) como enfermeros (54.8%) reportaron con mayor frecuencia la sensación de alerta ante el peligro. Además, el grupo con mayor incidencia en cada subescala de la prueba fue el de médicos residente, en donde se resalta la incapacidad para dormir derivada de la ansiedad (56.7 %).

Por su parte, Jáuregui et al. (2021) llevaron a cabo una investigación cuantitativa correlacional de naturaleza longitudinal en México para analizar el estrés agudo en trabajadores del sector de la salud que prestaban servicios médicos en la primera línea durante dos oleadas epidémicas consecutivas. Para ello, se aplicó una muestra por conveniencia, donde se tuvieron en cuenta a 138 participantes (Grupo I= 109, Grupo II= 29). Ambos grupos estuvieron conformados por trabajadores clínicos, trabajadores técnicos y de laboratorio y trabajadores de apoyo.

El grupo I se evaluó en cinco momentos: (1) reorganización de los equipos de trabajo y reconfiguración de los departamentos clínicos para el COVID-19, (2) en el pico de admisiones de pacientes en la primera ola epidémica, (3) antes de reabrir departamentos clínicos para pacientes no COVID-19, (4) en el pico de admisiones de pacientes en la segunda ola epidémica, (5) antes de reabrir departamentos clínicos para pacientes no COVID-19 y durante el proceso de vacunación contra el virus del personal sanitario. El grupo II se valoró en dos momentos (momento 4 y 5 del grupo I). Los instrumentos utilizados en el primer momento de inclusión en ambos grupos fueron las escalas DES, HADS y CD-RISC; en los puntos restantes de ambos grupos las pruebas aplicadas fueron el cuestionario Maslach Burnout Inventory abreviada (MBI), los inventarios STAIsv y DD, el índice PSQI y el cuestionario SASRQ.

Sobre esto, se encontró que los resultados del estudio de Jáuregui et al. (2021) reportaron que, del Grupo I, el 65.1 % de los participantes consumen alcohol y el 12.8 % fuma tabaco; del grupo II, el 72.4 % consume alcohol y el 6.8 % fuma tabaco. Según la comparación del tiempo de inclusión al estudio, el grupo I evidenciaba menor depresión, mayor calidad de sueño y menos índice de estrés en comparación con el grupo II.

En relación con el estrés agudo relacionado con el COVID-19, el 64.9 % de los participantes lo reportaron, mientras que el 16.5 % no lo hizo, pero en la segunda ola epidémica, en el grupo I disminuyó el estrés agudo a 43.1 % y aumentó a 39.4 % los participantes que no reportaron estrés agudo. En el grupo II, el 51.7 % evidenció estrés agudo y 13.7 % no reportaron estrés agudo. Sin embargo, de manera global, el estrés agudo disminuyó, sin aumento, después de la primera ola epidémica y disminuyó en mayor medida cuando comenzó la vacunación.

Finalmente, la influencia de la categoría de trabajo no fue evidente en las dos olas epidémicas, pero en la última evaluación el personal técnico reportó mayor estrés agudo en comparación con los trabajadores clínicos. Cabe resaltar que, en este último, el puntaje de estrés agudo se relacionó con la mala calidad de sueño. También, se observó una correlación entre el estrés agudo, la ansiedad, el agotamiento y el rasgo de ansiedad/depresión. En cambio, la resiliencia se mantuvo constante a lo largo del período analizado.

A partir de los estudios citados, Chapa et al. (2021) señalaron que los síntomas del estrés agudo son comunes en estos trabajadores ante la situación de pandemia debido a la exposición al virus y al riesgo que representaba para su vida. Asimismo, Horta et al. (2021) concuerdan con aquellos autores, puesto que la mayor parte de su muestra reportó TEA. Sumado a ello, este mismo autor, al emplear un estudio longitudinal, evidenció que el TEA, después de la primera ola epidémica, fue disminuyendo, hasta la aparición de la

segunda ola epidémica y siguió disminuyendo (significativamente) hasta que comenzó la vacunación. Por otro lado, la resiliencia no varió a lo largo del tiempo en esta muestra. No obstante, se registró un notable aumento en el consumo de sustancias como el alcohol y el tabaco. Por su parte, Chappa et al. (2021) indicaron que casi la mitad de los médicos y enfermeros estaban en alerta y que una cuarta parte de los individuos incluidos en el estudio mostraron un riesgo potencial de desarrollar TEPT.

Con base en los autores mencionados, se observó que un porcentaje notable del personal de salud padece el TEA. Por tal motivo, se postuló que un factor precursor para sospechar la existencia de TEA es la exposición a situaciones extremadamente estresantes, las cuales generan efectos adversos en el comportamiento y en el estado emocional. Aunque anteriormente se ha considerado que el estrés constituye una reacción adaptativa frente a las demandas del entorno, lo cual eleva el riesgo de padecer depresión y ansiedad, se agrega que también aumenta la probabilidad de desarrollar TEA y si el TEPT persiste en el tiempo, debido a que se intensifica y agrava con el tiempo la percepción del estrés y de los estresores (Crespo et al., 2019).

Entre los factores que incidieron en la percepción de los profesionales sanitarios respecto a la gravedad de la situación de pandemia, se consideró que posiblemente fueron la ambigüedad de la información poco accesible, las inminentes consecuencias del contagio, la sensación de estar alerta constantemente ante el peligro, la intensidad percibida del curso de la enfermedad y el fallecimiento de los pacientes, especialmente en UCI, presenciar el fallecimiento de amistades o familiares cercanos, no haber realizado el ritual de despedida, ocasionando alargar el proceso de duelo y, a pesar de ello, seguir laborando, reviviendo repetidamente este suceso. Además, en algunos casos, padecer la forma grave de la enfermedad en UCI (Iglesias y Acosta, 2020; Blanco et al., 2022).

Finalmente, otro punto por resaltar es la disminución significativa de los síntomas del TEA después del comienzo de la vacunación. Sobre este punto, no se tiene suficiente información para estimar su causa; sin embargo, se puede considerar que el personal de salud concibió la vacuna como una de las mejores formas de contrarrestar la enfermedad. Esto pudo ocasionar la mejora de sus expectativas con respecto al manejo de la enfermedad y, por ende, a reducir el grado de afectación y la expresión de los síntomas de estrés y ansiedad (Crespo et al., 2019).

Alteraciones del sueño

Al respecto, Brito et al. (2021) llevaron un estudio en Brasil a mediados del 2020, durante la pandemia, con el objetivo de identificar la calidad de sueño, la presencia del trastorno de sueño y los factores psicológicos y sociales relacionados con el personal médico. Por tal razón, el estudio adoptó un enfoque cuantitativo-descriptivo. La muestra se seleccionó en función del criterio de conveniencia, la cual consistió en 332 médicos, de los cuales 227 eran mujeres. Los instrumentos de evaluación incluyeron los índices ISI-7 y PSQI, la escala GAD-7, el cuestionario PHQ-9 y la Escala de Impacto de Evento adaptada para COVID-19 (IES-COVID19). A partir de la aplicación de estos instrumentos, se evidenció una predominancia de ansiedad (75.8 %), depresión (73.1 %) y mala calidad de sueño (73.4 %).

Por otro lado, la mayoría de los médicos (65.6%) presentó insomnio leve (37.2 %), insomnio moderado (23.3 %) e insomnio severo (5.1 %). Además, el 88 % de médicos laboraba presencialmente en un sector con alta probabilidad de contactar a pacientes con COVID-19. De este porcentaje, el 64.1 % tenía miedo de contagiarse y/o transmitir este virus, y el 61 % se sentía inseguro en su ambiente de trabajo. En cuanto al uso de alcohol y tabaco, se observó un incremento del 26.2 % en el consumo de bebidas alcohólicas, un aumento del 4.2 % en el uso de cocaína o anfetaminas, y un 4 % comenzó o aumentó su

consumo de tabaco. En resumen, los factores que contribuyeron a la manifestación o exacerbación de sintomatología ansiosa, depresiva y problemas de sueño incluyeron la preocupación por la posibilidad de contagio, el aislamiento social y el consumo de sustancias, junto con la presencia de ansiedad y depresión.

Asimismo, Mota et al. (2021) llevaron a cabo una investigación en Brasil entre mayo y julio de 2020, con el objetivo de examinar las alteraciones en la vida diaria y los patrones de sueño de trabajadores que prestan servicios de salud. El diseño del estudio fue cuantitativo-descriptivo. La muestra, conformada bajo el criterio de conveniencia, incluyó a 710 participantes, donde el 41.8 % eran médicos, el 13.5 % enfermeros, el 11.1 % fisioterapeutas y el 10.3 % técnicos de enfermería. El instrumento empleado fue el índice ISI-7. Como hallazgo, se reveló que el 74.3 % de los participantes experimentó algún tipo de problema relacionado con el sueño, siendo un 30.3 % aquellos que tuvieron dificultades para conciliar el sueño; asimismo, el 30.3 % presentó problemas leves para permanecer dormidos, y un 32.5 % enfrentó dificultades para despertarse temprano por la mañana.

Además, un 42.3 % expresó insatisfacción con su actual patrón de sueño. En relación con los hábitos y aspectos de salud, el 28.7 % manifestó el uso de medicamentos y el 60.3 % refirió que se automedicaba. De igual modo, el 78.5 % informó un cambio de su dieta, el 27 % aumentó el consumo de alcohol y el 81.8 % cambió en la práctica de actividad física (52.9 % dejaron de realizar ejercicios y 25.8 % redujeron la frecuencia del entrenamiento). Además, los médicos tenían menos quejas relacionadas con el sueño que las demás profesiones; finalmente, las mujeres evidenciaron mayor porcentaje de insomnio.

Por su parte, Giardino et al. (2021) realizaron una indagación de tipo cuantitativo correlacional en Argentina a mediados de 2020, con el propósito de analizar los efectos

del prolongado periodo de aislamiento social en el bienestar general del personal sanitario debido a la reciente emergencia de salud de escala global. La muestra, compuesta bajo el criterio de conveniencia, incluyó a 1059 participantes, de los cuales el 55.1 % eran médicos, el 11.4 % estaba en formación médica, el 7.5 % eran enfermeros y el 24.0 % pertenecía a otras categorías.

Para evidenciar lo anterior, se utilizaron varios instrumentos de evaluación, incluido los índices ISI-7 y PSQI, algunos ítems del Inventario RBD de Innsbruck (ítems 1, 5 y 6), la Prueba de Incapacidad y Fatiga de Somnolencia-Vigilia (SWIFT) y la Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg (GADS). Como respuesta, los resultados indicaron en porcentajes similares la presencia de depresión y la mala calidad del sueño en un 81 % y 84.7 %, respectivamente. En una proporción similar, se reportó ansiedad e insomnio en un 76.5 % y 73.7 % respectivamente, así como pesadillas o sueños violentos en el 58.9 % de la muestra.

Por otro lado, se observó que la juventud, el contacto directo con personas contagiadas, la pertenencia al sexo femenino y el consumo de somníferos se asociaron con el insomnio, la ansiedad, la fatiga y la depresión, en el tiempo en que se decretó el aislamiento social. Por otro lado, ser médico en formación o no médico se relacionó con un empeoramiento de estas condiciones. En contraste, aquellos participantes que obtuvieron mejores resultados en las diversas escalas y se catalogaron como buenos dormidores eran médicos de mayor edad. El estudio identificó que el segmento de población de mayor vulnerabilidad estaba conformado por individuos en edad joven, mujeres, personal no médico o médicos en formación.

A partir de los estudios citados, Giardino et al. (2021), Brito et al. (2021) y Mota et al. (2021) concordaron en que más del 50 % de los profesionales de cada una de sus muestras padeció de insomnio y presentaron una mala calidad de sueño en el tiempo de

pandemia. Aunado a lo anterior, estos dos últimos autores refirieron que la alta ingesta de sustancias alcohólicas y tabaco en este periodo por el personal de salud propició el insomnio y la mala calidad de sueño. Sumado a ello, Mota et al. (2021) manifestaron que cierto porcentaje significativo cambió su dieta cotidiana y que más de la mitad de sus evaluados se automedicaban. Sin embargo, hubo cierta discrepancia en los resultados señalados; sobre esto, Brito et al. (2021) indicaron que los médicos son los que reportaron más prevalencia, mientras que Giardino et al. (2021) expresaron que aquellos profesionales se catalogaron como buenos dormilones si tenían edades avanzadas.

Según los autores mencionados, el insomnio se identificó como un problema persistente entre el personal sanitario. En esa medida, se ha documentado que este fenómeno surge como resultado de niveles elevados de estrés y cambios abruptos en los patrones de sueño (Orsini et al., 2020). Al respecto, hay varios factores que se han asociado con esta condición, destacando, durante la crisis provocada por la pandemia de COVID-19, las largas guardias laborales de más de 12 horas, la percepción de inseguridad en el entorno laboral, el constante estado de alerta y la vigilancia requerida para atender a pacientes enfermos. Además, se observó un aumento en el riesgo de padecer insomnio cuando el personal sanitario se ve sometido a una carga laboral excesiva, por lo que experimenta dificultades para conciliar el sueño de manera continua y trabaja en turnos nocturnos, lo que altera sus ritmos circadianos e irrumpe sus rutinas habituales (Caballero-Alvarado et al., 2020).

En suma, se consideró que el insomnio fue prevalente en el personal sanitario, debido a que fue una manifestación ante una condición estresante, así como una manifestación de algún problema emocional, dado que generalmente se asocia al insomnio con una gran variedad de cuadros clínicos, como es el caso de la ansiedad, el estrés, la depresión y el TEA (Medina-Ortiz et al., 2020). En tal sentido, estos problemas

de sueño tienen repercusiones negativas en el sistema inmunológico, el metabolismo y el rendimiento laboral dentro de las organizaciones, así como en la salud mental (Irish et al., 2013).

1.11 Intervención correctiva y preventiva relacionada con la variable

Intervenciones en el personal sanitario frente a la pandemia por COVID-19

Sobre esto, Gutiérrez (2020) propuso un modelo de prestación de servicios de psicoterapia en línea, también conocido como telepsicoterapia, como respuesta a los desafíos que supuso la emergencia de salud generada por el COVID-19 en México. En esta propuesta se resaltaron las directrices acerca de la modalidad *online* a través de diversas pautas para considerar al momento de brindar los servicios. Por ejemplo, el autor refiere la importancia de principios éticos y legales como el consentimiento informado, el contrato terapéutico y la confidencialidad de la información. De igual modo, se tuvo en cuenta la presencia de pautas para la aplicación y la efectividad de la intervención para los servicios de psicoterapia, como el lugar y el ambiente en el que se realizará la sesión, la familiaridad con los recursos electrónicos, reconocimiento de distractores, el compromiso de evitarlos y la evaluación del servicio brindado por el profesional (con su respectiva retroalimentación).

En Perú, el Ministerio de Salud (2020) elaboró un documento técnico dirigido al cuidado de la salud mental del personal sanitario en el contexto de la pandemia, con el propósito de que se adoptaran protocolos para el autocuidado y la atención del personal médico que brinda atención sanitaria a individuos con indicios o diagnóstico de COVID-19. En ese sentido, esta guía abordó aspectos generales sobre el trabajo y la salud mental, y consideraciones específicas relacionadas con la emergencia para detectar posibles afectaciones de salud mental en el trabajador del sector salud. Por lo tanto, para una evaluación más objetiva, se incluyeron en los anexos un cuestionario abreviado de

autoevaluación de síntomas psiquiátricos (SRQ) y un formulario de diagnóstico situacional que podría emplearse por el personal médico. Además, la guía ofrecía recomendaciones como técnicas de relajación, pautas para el autocuidado, estrategias de activación conductual y directrices activas aplicables en el entorno laboral.

Paralelamente, Robles et al. (2020) efectuaron un estudio en México con la finalidad de examinar la eficacia y la comprensibilidad de los videos psicoeducativos respaldados por evidencia para la promoción del cuidado de la salud mental, desde la perspectiva de los profesionales sanitarios que trabajan en la primera línea. Para ello, se diseñó un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio. La muestra escogida por una técnica muestral de conveniencia se compuso por 24 participantes. Los videos psicoeducativos se distribuyeron a través de WhatsApp y se solicitó a los participantes que proporcionaran comentarios específicos basados en preguntas predeterminadas.

Además, se utilizaron notas de campo para complementar y corroborar la información recopilada. Ahora bien, estos videos psicoeducativos se relacionaron con los temas de *burnout* en profesionales sanitarios, técnicas de autocuidado, técnicas de higiene de sueño, técnicas de respiración, atención plena, relajación muscular, manejo adecuado de pacientes y guía del uso adecuado de EPP. Los resultados evidenciados, tras el análisis de contenido de la retroalimentación brindada por los participantes, mostraron como relevante, aplicable y beneficioso los contenidos de los videos para su aplicación en la vida familiar, personal y laboral. Además, los autores expresaron que es importante incluir en la psicoeducación métodos o estrategias basadas en evidencia, evaluar la factibilidad de la herramienta a implementar.

De igual modo, Fukuti et al. (2021) desarrollaron en Brasil el proyecto denominado *COMVC-19: Equipos de Protección Personal de Salud Mental y Bienestar Psicosocial para los Profesionales de la Salud involucrados en la lucha contra la crisis*

del COVID-19, con el propósito de fomentar el bienestar psicológico y proporcionar apoyo y rehabilitación en salud mental. Este programa se dirigió a 22 000 trabajadores sanitarios del Hospital das Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (HCFMUSP) y se impartió de forma virtual.

Su implementación oficial tuvo lugar en abril de 2020 en función de las directrices del Comité Permanente entre Organismos (IASC) y las Directrices sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial (MHPSS) en contextos de emergencia. Por otro lado, el COMVC-19 se compuso por cuatro ejes integrados: (a) prevención (acciones que promueven la salud) como primeros auxilios psicológicos, grupos de conversación, videos psicoeducativos, videos motivacionales, grupo de acogida de enfermeros y actividad física guiada; (b) asistencia (tratamiento) como soporte remoto de salud mental (*Hotline*), asistencia psiquiátrica, psicoterapia, rehabilitación, la aplicación para teléfonos inteligentes “COMVC”; (c) educación como videos enfocados con la atención en salud y reuniones científicas; finalmente, (d) investigación como detección del estado de salud, reacciones emocionales del personal sanitario y manifestaciones neuropsiquiátricas.

El personal sanitario que accedió al programa se clasificó de la siguiente manera: en operación en línea (n=395), psicoterapia o psiquiatría (n=131), aplicación APP COMVC (n=913) y usuarios activos de la aplicación (n=704). Los hallazgos derivados de las primeras 20 semanas de implementación del programa indicaron que la mayoría de los individuos que participaron eran mujeres y pertenecían al cuerpo de enfermería que laboraba directamente con personas afectadas por el virus. Los síntomas más frecuentemente reportados fueron ansiedad, depresión y trastorno de sueño, y los diagnósticos con mayor frecuencia fueron el trastorno de ansiedad y estado de ánimo y trastornos adaptativos.

Tras la implementación multimodal del programa, se observó que aquellos que se remitieron con angustia mental se dieron de alta en un corto periodo de tiempo, algunos de ellos requirieron que se les derivara a los demás servicios que ofrece el programa. En esa medida, el COMVC-19 se detuvo, debido a que el personal de salud que buscaba ayuda disminuyó significativamente. En conclusión, los investigadores refirieron que las acciones preventivas y asistenciales contribuyó a brindar un adecuado soporte psicológico y emocional a las personas que participaron en el programa, lo que fue viable y eficaz para su implementación. Además, estos autores mencionaron que tanto la psicoterapia breve y consulta psiquiátrica fueron altamente efectivas.

De manera paralela, Martin et al. (2022) desarrollaron un estudio en Argentina, Chile, Colombia y Ecuador, donde subrayaron la necesidad crítica de implementar intervenciones de apoyo emocional y psicológico dirigidas al personal sanitario en América Latina. En ese orden de ideas, los hallazgos revelaron que aproximadamente un 27 % de los trabajadores de la salud experimentaron niveles medio-altos de estrés agudo, especialmente durante los picos de incidencia de COVID-19 y entre aquellos que estuvieron enfermos o temían estar infectados.

Además, se observaron niveles más altos de estrés entre los profesionales en áreas de cuidados críticos comparados con los que trabajaban en áreas no COVID. Por consiguiente, estos resultados enfatizaron la importancia de proporcionar recursos adecuados para el manejo del estrés y el apoyo emocional a los trabajadores de la salud, quienes enfrentan no solo el desafío de atender a los pacientes, sino también el de gestionar su propia salud mental y seguridad en un contexto de alta demanda y riesgo personal. Adicionalmente, este estudio destacó el uso de la Escala EASE como una herramienta eficaz para medir el estrés agudo, lo que puede facilitar la implementación

oportuna de intervenciones psicológicas y el seguimiento de su eficacia durante y después de la pandemia.

En México, Dominguez et al. (2022) realizaron una investigación, con la finalidad de describir los componentes y métodos para evaluar la viabilidad y la utilidad de una intervención psicológica multicomponente en línea para trabajadores de la salud en México durante el COVID-19. De este modo, se exploró la eficacia de una intervención psicológica *online* diseñada para ayudar a los trabajadores de la salud en México a manejar la ansiedad, la depresión y los agotamientos causados por la pandemia. A través de un diseño de ensayo clínico aleatorizado, el estudio evalúa una plataforma digital que incluye módulos destinados a mejorar la salud mental, la calidad de vida y el autocuidado del personal sanitario. De conformidad con lo anterior, este enfoque no solo busca aliviar la angustia emocional, sino también fortalecer la capacidad del personal de salud para enfrentar desafíos durante y después de la pandemia, al adaptar las intervenciones a las necesidades específicas del contexto latinoamericano.

Finalmente, el estudio desarrollado por Abeldaño et al. (2021) examinó el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental del personal sanitario en Argentina, Chile, Colombia y México durante el 2020. A través de una encuesta en línea realizada a 1721 profesionales, se identificó una prevalencia general de síntomas de estrés postraumático del 23,9 %, con variaciones según el país. A partir de lo expuesto, se encontraron factores asociados con estos síntomas, como la discriminación percibida, la ansiedad ante la muerte de adultos mayores, la falta de EPP y la exposición directa a la muerte. En consecuencia, los profesionales de la salud en Chile presentaron la mayor frecuencia de síntomas, mientras que en Colombia se observó la mayor discriminación percibida.

A partir de los estudios citados, se observa que el MINSA (2020) brinda diversas recomendaciones como técnicas de relajación, pautas para el autocuidado, activación conductual y pautas activas en el trabajo al personal sanitario para mantener un cuidado de su salud mental. En efecto, la mayoría de estas recomendaciones se plasmaron en el trabajo realizado por Robles et al. (2020) mediante videos psicoeducativos, donde también se consideró la técnica de atención plena, higiene de sueño y un manejo adecuado de pacientes. Asimismo, en el programa realizado por Fukuti et al. (2021), de una manera más completa y sistematizada, se abarcó todo lo mencionado, puesto que implementaron la intervención multimodal según las necesidades encontradas en la evaluación inicial de cada personal de salud que participaba y acudía a atenderse.

De este modo, la efectividad de las intervenciones psicológicas, tanto presenciales como *online*, depende de su capacidad para adaptarse y personalizarse de conformidad con las necesidades individuales y contextuales. Esto es particularmente relevante en entornos de alta presión como los que enfrentan los profesionales en áreas de cuidados críticos. En ese sentido, la adopción de la Escala EASE por parte de Martin et al. (2022) para medir el estrés agudo es un paso positivo hacia la cuantificación y gestión efectiva de este problema, dado que proporciona una base sólida para evaluar la urgencia y la respuesta necesaria.

De la misma manera, la investigación de Domínguez et al. (2022), en México, complementaron estos hallazgos al evaluar una intervención multicomponente *online* que no solo se enfoca en el tratamiento de síntomas comunes como la ansiedad y la depresión, sino que también promueve la calidad de vida y el autocuidado a través de una plataforma digital. En ese sentido, este enfoque es crucial para garantizar que las intervenciones sean accesibles y sostenibles, especialmente en un contexto pandémico donde las interacciones presenciales pueden estar limitadas.

En referencia a Abeldaño et al. (2021), sus hallazgos subrayaron la importancia de abordar la carga emocional a la que se enfrenta el personal sanitario, especialmente a quienes están expuestos a la muerte de pacientes y que carecen de EPP adecuado. Asimismo, estos recomendaron que los gobiernos inviertan en apoyo psicoterapéutico, proporcionen periodos de descanso compensatorio y aumenten las contrataciones para garantizar la salud mental y la continuidad de los servicios. Por ello, este enfoque no solo protege la salud de los trabajadores, sino que también previene la pérdida de personal capacitado debido al agotamiento físico y mental provocado por las condiciones laborales extremas de la pandemia.

Con base en lo mencionado, se observó que se han planteado estrategias y guías que buscan disminuir y mitigar los efectos de la pandemia en la salud mental de estos profesionales, a través de las técnicas psicológicas enfocadas en el manejo adecuado de las emociones, conductas y pensamientos. Por consiguiente, se consideró que su aplicación temprana y el seguimiento de las pautas favorecen la disminución de la probabilidad de la aparición de problemas emocionales y evita su cronicidad. Sin embargo, ello no tiene que reemplazar la atención guiada por un profesional competente, debido a que el profesional adaptará los métodos y técnicas a las necesidades de cada individuo para garantizar mejores resultados (Domínguez et al., 2022).

Por otro lado, se observó que se ha dejado de lado la intervención, puesto que el programa de naturaleza multimodal solo se encontró publicado en una revista indexada, llamada COMVC-19, realizada por Fukuti et al. (2021), donde se buscó intervenir directamente con el personal sanitario. Sobre esto, a pesar de que se evidenció una mejora en la salud mental y se mitigaron algunos problemas mentales detectados, no consiguieron realizar una evaluación pretest-post test para evidenciar mediante datos estadísticos la confiabilidad de aquellos resultados. No obstante, se considera oportuno

que, en el futuro, se pueda evaluar este tipo de intervención en el personal sanitario, debido a que permitiría observar un panorama más amplio de la necesidad de la persona, así como un tratamiento eficaz para mejorar su salud mental.

1.12 Evaluación psicológica relacionada con la variable

Casi en su totalidad los estudios que se hicieron, en el marco de la emergencia sanitaria ocasionada por el coronavirus, con los trabajadores de los sistemas de salud de América Latina que estaban a cargo de la prestación de los servicios de salud en esta coyuntura emplearon métodos en línea para administrar los instrumentos psicológicos. Dicho esto, los instrumentos mencionados se difundieron principalmente en plataformas de redes sociales como Facebook, WhatsApp, Twitter e Instagram, como por correo electrónico y los portales web de las instituciones o empresas donde se desarrollaron las investigaciones (Abeldaño et al., 2021). Mayoritariamente, los instrumentos psicológicos aplicados se han centrado en calificar y analizar los síntomas psicopatológicos y los problemas mentales; asimismo, en menor medida, en los factores emocionales asociados a ellos.

Instrumentos psicológicos empleados y validados en el personal sanitario de Latinoamérica

En este apartado se detallaron los instrumentos psicológicos utilizados en las investigaciones, los cuales se han validado en los trabajadores sanitarios en el contexto de América Latina.

Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)

Descripción, calificación y puntuación

El GAD-7 es un cuestionario de autoevaluación diseñado por Spitzer et al. (2006), compuesto por siete ítems y se fundamenta en los indicadores de síntomas según el DSM-IV, con el fin de estimar la probabilidad de padecer Trastorno de Ansiedad Generalizada

(TAG). A cada ítem, se le da una valoración en una escala de Likert de 0 a 3, lo que refleja la frecuencia de los síntomas experimentados en las dos semanas previas a la aplicación del instrumento, donde: 0 = nunca, 1 = varios días, 2 = más de la mitad de los días y 3 = casi todos los días. En esa medida, se puede obtener un total de 0 a 21, cuya totalidad se obtiene sumando los puntajes de cada ítem. La clasificación se establece como mínima si va de 0 a 4, leve si el total está entre 5 y 9, moderada si la puntuación total es 10 o 14, moderadamente grave si va de 15 a 19, y grave si está entre 20 y 27.

Propiedades psicométricas

La prueba original demostró una fiabilidad adecuada con un valor de $\alpha = 0,92$ y una validez del 0,83. Además, se observó un aumento en la sensibilidad (89 %) y la especificidad (82 %) a partir del punto de corte ≥ 10 , lo que sugiere una mayor gravedad de la sintomatología asociada al TAG (Spitzer et al., 2006).

Adaptaciones del instrumento

En el marco de la emergencia ocasionada por el coronavirus, Camargo et al. (2021) llevaron a cabo la validación del instrumento en médicos colombianos, con resultados que oscilaron entre 0,674 y 0,732 en el análisis ítem-test, y una fiabilidad alta, evidenciada por un $\alpha = 0,92$.

Escala de miedo al COVID-19 (FCV-19S)

Descripción, calificación y puntuación

La escala FCV-19S se creó por Ahorsu et al. (2020) en la población iraní para identificar los miedos relacionados con el coronavirus. Ahora bien, esta consiste en un único factor con 7 ítems, los cuales se derivaron de una exhaustiva exploración bibliográfica de escalas generales de miedo. Cada ítem se puntúa en una escala de Likert que varía de 1 a 5 puntos donde 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = de acuerdo y 5 = totalmente de acuerdo. El total, que

varía de 7 a 35, refleja el grado de temor al COVID-19, siendo los valores más altos indicativa de mayor miedo.

Propiedades psicométricas

La escala original reportó valores aceptables de confiabilidad con un $\alpha = 0.82$ y un análisis de test- retest de 0.72. En relación con la validez, se respaldó la validez concurrente de la escala mediante comparaciones con la escala HADS (depresión, $r = 0,425$ y ansiedad, $r = 0,511$) y la Escala de Vulnerabilidad Percibida a la Enfermedad (PVDS) (infectabilidad percibida, $r = 0.483$ y aversión a los gérmenes, $r = 0.459$) (Ahorsu et al., 2020).

Adaptación del instrumento

Sobre esto, Huarcaya-Victoria et al. (2022) efectuaron la validación y adaptación al español del FCV-19S en una muestra que abarcaba la población en general y a profesionales de la salud en Lima, Perú. En contraste con la versión original de un solo factor, esta adaptación actual respalda un modelo de dos factores, lo que ofrece una mejor comprensión de la estructura del FCV-19S.

En ese sentido, el primer factor identifica las reacciones emocionales de miedo, mientras que el segundo factor se centra en las manifestaciones somáticas del miedo al COVID-19. De conformidad con lo anterior, la escala demostró niveles óptimos de consistencia interna tanto en el factor general ($\omega = 0.94$, $\alpha = 0.88$, 7 ítems) como en el primer factor específico ($\omega = 0.91$, $\alpha = 0.85$, 4 ítems) y el segundo factor específico ($\omega = 0.89$, $\alpha = 0.83$, 3 ítems). Además, se observó validez convergente con los síntomas depresivos, ansiosos y de TEPT; igualmente, se identificó la existencia de una relación significativa entre los ítems totales corregidos ($r_{\text{cit}} > 0.50$). Finalmente, se evidenció la invarianza de la medida entre trabajadores sanitarios y no sanitarios ($\Delta\text{CFI} < 0.01$).

Escala de Preocupación por la Propagación de COVID-19 para Personal de Salud (EPPC-Cov19)

Descripción, calificación y puntuación.

El EPPC-Cov19 es una escala desarrollada por Esteban et al. (2021) en el personal sanitario de sur del Perú, cuyo instrumento evalúa el estado emocional (miedo, intranquilidad, angustia e inmovilidad) ante sucesos desconocidos. La escala consta de una estructura unidimensional de 6 ítems que se desarrollaron tras una exhaustiva revisión bibliográfica de diferentes fuentes de información científica sobre “COVID-19”, “trabajadores de la salud” y “preocupación”, con el fin de abordar estos temas de manera integral. Cada ítem se evalúa en una escala de Likert que varía de 1 a 5 puntos, donde 1 = nada, 2 = poco, 3 = algo, 4 = casi siempre, y 5 = siempre. La puntuación total, que oscila entre 6 y 30, se obtuvo sumando los puntajes de cada ítem.

Propiedades psicométricas

El instrumento reportó valores aceptables de confiabilidad en la consistencia interna con un $\alpha = 0.865$ y una validez de contenido de V de Aiken mayor a 0.75. Además, la correlación ítem-test fue significativo, mayor a 0.40. Asimismo, la consistencia interna del modelo se consideró adecuada, con un índice de ajuste comparativo de 0.980, un índice de Tucker-Lewis de 0.967 y un error cuadrático medio de aproximación de 0.079 (Esteban et al., 2021).

Instrumentos psicológicos empleados, pero no validados en el personal sanitario de Latinoamérica

En las investigaciones realizadas en el personal sanitario de América Latina, se emplearon una variedad de herramientas psicológicas para valorar el estado psicológico de este grupo. No obstante, la mayoría de estos instrumentos no se han sometido a validación y adaptación para la población del sector sanitario en particular. Además, los

instrumentos que se han utilizado, la gran mayoría tiene entre 7 a 12 años de antigüedad y solo están adaptados al idioma español o portugués.

A continuación, se dan a conocer algunos instrumentos psicológicos más utilizados, los cuales, a diferencia de los mencionados en el apartado anterior, no se han validado y adaptado al personal sanitario de América Latina, sino en la población clínica y no clínica.

Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9)

Al respecto, Kroenke et al. (2001) desarrollaron el cuestionario PHQ-9 de tipo autoinforme en una muestra clínica de EE. UU., el cual se validó y adaptó en la población adulta de Brasil por Santos et al. (2013). Ahora bien, este instrumento evalúa la probabilidad de desarrollar un trastorno depresivo mayor y la severidad de la sintomatología depresiva. Este cuenta con una estructura unidimensional de nueve ítems fundamentadas en los criterios del DSM-IV. En relación con la evaluación, cada aspecto cuenta con un índice de severidad que se valora en una escala de Likert de 0 a 3 puntos, lo que refleja la periodicidad con que experimentan los síntomas durante las dos semanas previas a la aplicación del instrumento, donde 0 = nunca, 1 = varios días, 2 = más de la mitad de los días, y 3 = casi todos los días. El valor final, que oscila entre 0 y 27, se obtiene al sumar los puntajes de cada ítem, lo que resulta en una categorización que abarca desde mínima si el valor va de 0 a 4, leve si el puntaje es de 5 hasta 9, moderada si se obtienen 10 hasta 14 puntos, moderadamente grave si el total va de 15 a 19, y severa si los puntos totales van de 20 a 27.

Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI).

El PSQI es un instrumento estandarizado creado por Buysse et al. (1989) para pacientes psiquiátricos en los Estados Unidos, y luego adaptado al portugués en una muestra clínica en Brasil por Bertolazi et al. (2011). Por medio de este índice se evalúa la

calidad del sueño de la persona en un periodo de un mes a partir de aspectos descriptivos y numéricos, lo que abarca siete dimensiones: calidad subjetiva del sueño, duración del sueño, latencia para conciliar el sueño, eficiencia habitual del sueño, uso de medicamentos para dormir, perturbaciones del sueño y disfunción diurna. El PSQI consta de 24 ítems, de los cuales 19 son respondidos por el participante y los otros cinco por un compañero de cuarto, en caso de tenerlo. Cada dimensión se evalúa en una escala de 0 a 3 puntos. La puntuación se calcula considerando solo los 19 ítems principales para su corrección, donde se suman los puntajes de las dimensiones (la puntuación total varía de 0 a 21), lo que permite clasificar a los individuos como buenos durmientes (puntaje de 0 a 4), con insomnio leve (puntaje de 5 a 7), insomnio moderado (puntaje de 8 a 14) o insomnio grave (puntaje de 15 a 21).

Escala de Impacto de Evento Revisada (IES-R-22)

El IES es un instrumento de autoinforme creado inicialmente por Horowitz, Wilner y Álvarez en 1979 para medir el sufrimiento provocado por algún evento vital (estrés subjetivo). Este se aplicó en una muestra clínica de EE. UU., cuya validación y adaptación se realizó por Caamaño et al. (2011) en una muestra adulta de Chile desde la versión española y en una muestra clínica por Caiuby et al. (2012). El instrumento en mención está conformado por 15 ítems y por 2 subescalas: evitación e intrusiones. Es importante mencionar que, en el año 1997, Weis y Marmar adaptaron la escala incluyendo los criterios de sintomatología del DSM-IV, al añadir una nueva subescala de siete ítems llamada Hiperactivación (Caamaño et al., 2011; Campos et al., 2021).

La escala IES modificada se pasó a llamar IES-R y se compuso por 22 ítems divididos en tres subescalas: evitación, intrusión e hiperactivación. Cada ítem se evalúa en una escala de 0 a 4 puntos, donde 0 = nada, 1 = un poco, 2 = moderadamente, 3 = mucho y 4 = extremadamente (Campos et al., 2021). En términos de interpretación, se

suman los puntajes de todos los ítems (la puntuación total varía de 0 a 88). Esta puntuación se categoriza en diferentes niveles: normal (puntaje de 0 a 8), leve (puntaje de 9 a 25), moderado (puntaje de 26 a 43) y severo (puntaje de 44 a 88) (Urzúa et al., 2020).

Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)

La escala DASS es del tipo autoinforme y se desarrolló por Lovibond y Lovibond en 1995 para determinar los síntomas asociados con la depresión y la ansiedad. Inicialmente, constaba de 42 ítems y posteriormente se validó en una muestra no clínica. Acto seguido, la estructura conceptual de la escala se fundamentó en el modelo tripartido de ansiedad y depresión postulado por Clark y Watson (1991) como se citó en Vignola (2014). Antony et al. (1998) abreviaron la escala a 21 ítems, dándole el nombre de DASS-21.

En ese sentido, DASS-21 es una nueva versión en la que se abrevia el DASS, el cual se adaptó y validó por Vignola y Tucci (2014) al idioma portugués en una muestra clínica y no clínica de Brasil. Este cuenta con 21 ítems y 3 subescalas: Ansiedad, Depresión y Estrés, que pretenden evaluar la sintomatología asociada a la ansiedad, la depresión y el estrés. De igual modo, para calificar el resultado se tomó de referencia una escala de Likert que varía entre 0 y 3 puntos, donde 0 indica que el evento no ha ocurrido, 1 denota que ha ocurrido en cierta medida o durante parte del tiempo, 2 indica que ha ocurrido bastante o durante una parte significativa del tiempo, y 3 indica que ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo (Campos et al., 2021). Respecto a su calificación, se suma los puntajes de cada ítem de su subescala para obtener la puntuación por cada una de ellas.

Índice de gravedad del insomnio (ISI-7)

El instrumento ISI se desarrolló por Bastien et al. (2001) con el propósito de medir el grado de insomnio y evaluar la calidad del sueño. Este instrumento se aplicó en

pacientes clínicos atendidos en un centro especializado en trastornos del sueño. Adicionalmente, se validó y adaptó en una muestra no clínica en España por Sierra et al. (2008) y desde su versión española en una clínica en Brasil por Fernández-Mendoza et al. (2012).

Por otro lado, la escala se compone de siete ítems que proporcionan datos sobre tres aspectos: la gravedad, el impacto y la satisfacción. Este instrumento se basa en los criterios establecidos en el DSM-IV y la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño (ICSD). Para obtener la puntuación final se evalúa cada uno de los ítems en una escala que varía desde 0 (sin problemas) hasta 4 (muchos problemas). En relación con su calificación, se suman los puntajes para obtener un total entre 0 y 28, el cual se clasifica en diferentes niveles: normal (puntaje de 0 a 7), sub – umbral de insomnio (puntaje de 8 a 14), insomnio moderado (puntaje de 15 a 21) e insomnio severo (puntaje de 22 a 28) (Pazmiño et al., 2021).

1.13 Aplicabilidad a la realidad peruana de los hallazgos obtenidos

Por su parte, Carranza et al. (2023) desarrollaron un estudio que aporta una serie de hallazgos significativos sobre la salud mental del personal de este campo en la región de Puno, Perú, durante la pandemia de COVID-19. Los autores se enfocaron en cómo la preocupación por el contagio y la carga laboral influyen en el malestar psicológico. En primer lugar, el estudio identificó una correlación significativa entre la preocupación por el COVID-19 y la carga laboral con el malestar psicológico en los trabajadores de salud. En segundo lugar, el análisis de regresión múltiple proporcionó un modelo robusto que confirma la capacidad predictiva de estas variables sobre el malestar psicológico, con un ajuste adecuado que explica una porción significativa de la variabilidad en el malestar psicológico (33 %). Finalmente, se estableció que existen diferencias significativas para el malestar psicológico, preocupación por el contagio o carga laboral entre hombres y

mujeres, aunque otros estudios sugieren que las mujeres pueden experimentar un mayor malestar.

Por otro lado, Yupari et al. (2022) desarrollaron un estudio, cuyo fin consistió en determinar un modelo logístico para los factores asociados a las dimensiones del síndrome de Burnout en el personal de salud, durante la pandemia COVID-19, en Trujillo, Perú. En primer lugar, se identificó que un porcentaje significativo de los profesionales experimenta altos niveles de agotamiento emocional, despersonalización y una baja realización personal, lo que subraya la gravedad del estrés laboral en este grupo durante la crisis sanitaria. Como conclusión, el modelo logístico desarrollado en este estudio, con una precisión aceptable, sugiere que variables como el estado civil, el ingreso familiar, el tipo de institución, la edad y el número de hijos están significativamente asociadas con distintas dimensiones del Burnout. Como resultado, esto indica que tanto factores personales como laborales contribuyen al bienestar psicológico de los trabajadores sanitarios.

Paralelamente, Yáñez et al. (2020) desarrollaron un estudio con el objeto de analizar cómo la crisis del COVID-19 afectó la salud mental de los trabajadores de la salud en Perú. Los hallazgos revelaron un “efecto dominó”, donde la ansiedad y el malestar mental disminuyen a medida que los trabajadores están más alejados del epicentro del brote (Lima). En ese sentido, los trabajadores de salud con menor educación presentaron mayor ansiedad, mientras que los más jóvenes y los del sector privado mostraron una mayor intención de rotación, lo que señala la necesidad de proporcionar apoyo psicológico específico a estos grupos.

Existió una gran vulnerabilidad de los trabajadores de la salud frente a problemas de salud mental durante la pandemia de COVID-19. En Perú, esto se agravó por el colapso del sistema sanitario y la falta de recursos. En respuesta, el Ministerio de Salud

implementó una guía técnica que establece procedimientos para mantener el bienestar mental de estos profesionales, incluyendo la creación de equipos de apoyo psicosocial en centros de salud y estrategias para la detección y manejo de problemas de salud mental (Orellano y Macavilca, 2020).

Con base en estos estudios, los hallazgos establecidos por Carranza et al. (2023) resaltaron los desafíos críticos que enfrenta el sistema de salud durante emergencias sanitarias, especialmente en áreas con recursos limitados como Puno. En tal sentido, los resultados ofrecen una base evidente para abogar por mejoras en las condiciones laborales del personal de salud y para priorizar la salud mental como un componente crítico en la respuesta a la pandemia. Finalmente, los autores subrayaron la importancia de proporcionar adecuados equipos de protección personal y la necesidad de estrategias para manejar la carga laboral, como ajustar los horarios de trabajo, proporcionar apoyo psicológico y asegurar un ambiente de trabajo seguro y saludable.

En relación con el estudio realizado por Yupari et al. (2022), en función del contexto de Trujillo y por extensión de otras regiones similares en Perú, estos resultados pueden guiar intervenciones dirigidas a mitigar el Burnout en el personal de salud, tales como mejorar las condiciones laborales, proporcionar apoyo psicológico y diseñar políticas que consideren las particularidades demográficas y laborales que influyen el bienestar del personal sanitario.

Finalmente, los principales aportes del estudio realizado por Yáñez et al. (2020) destacaron el reconocimiento de patrones específicos de bienestar mental en el contexto de una crisis sanitaria sin precedentes. Al respecto, se observó que los trabajadores de salud con un nivel educativo más bajo reportaron niveles más altos de ansiedad, y aquellos más jóvenes que trabajan en el sector privado mostraron una mayor intención de rotación,

lo que sugiere que estas poblaciones podrían ser especialmente vulnerables y necesitadas de apoyo psicológico dirigido.

1.14 Delimitación del tema de investigación

Por otro lado, se delimitó el tema de investigación, al mencionar que, a pesar de la existencia de diferentes conceptualizaciones de la salud mental, en el marco de este trabajo se entiende el concepto desde la propuesta dada por la OMS (2018), el cual la considera como un estado de bienestar que comprende las dimensiones sociales, biológicas y psicológicas de la persona; asimismo, esta reconoce sus capacidades, enfrenta las vicisitudes de la vida cotidiana, labora funcionalmente y contribuye en su comunidad. Por consiguiente, cada uno de estos factores afectan la salud mental, lo que puede causar problemas emocionales, los cuales predisponen la aparición de trastornos mentales (OMS, 2020c; OMS, 2022c). Asimismo, para propósito del estudio, se consideró como población delimitada al personal sanitario identificado como profesionales de salud, técnicos y auxiliares asistenciales que están involucrados en la prestación de atención al usuario (MINSA, 2018), específicamente el personal que labora en América Latina entre los años 2020-2021.

En tal sentido, el presente estudio planteó analizar el estado de la salud mental del personal sanitario que labora en América Latina, durante la pandemia por COVID – 19, a través de la afectación de la esfera psicológica y social de la salud mental. Sobre esto, no se consideró el factor biológico porque no se han encontrado investigaciones entre los años 2020 y 2021 que refieran su afectación y su predisposición en la alteración del estado de la salud mental.

2 ANÁLISIS DEL ESTADO DEL ARTE

2.1 Reflexiones teóricas

Después de revisar diversos estudios en torno al tema entre los años 2020 y 2021, se observó un panorama más amplio en relación con el estado de la salud mental del personal latinoamericano del sector de la salud en el marco contextual de la emergencia causada por la propagación a escala global del virus COVID-19.

Sin embargo, a medida que se redactaba el presente documento se encontraron diversas disyuntivas con relación a los diferentes tópicos que conforman el tema central. Por tal motivo, para enriquecer la presente investigación se realizó una reflexión teórica sobre los apartados siguientes: conceptualización de la salud mental, los modelos teóricos, los instrumentos psicológicos, la afectación de la esfera psicológica y social de la salud mental, la cronicidad de la afectación y, finalmente, las intervenciones en el personal sanitario.

Sobre el primer punto que reflexionar, al realizar la búsqueda de la definición de la salud mental fue notorio el uso de la conceptualización de la OMS (2004), al explicar, desde un sentido positivo, que esta representa un estado de bienestar del individuo que tiene plena conciencia de sus capacidades, maneja de manera efectiva las tensiones comunes de la vida, desempeña sus funciones laborales de manera adecuada y contribuye al bienestar de su comunidad.

En este enfoque se destacó que la salud mental no se puede acotar en la falta de trastornos mentales. Por ende, la definición positiva dada por la OMS (2024) abarca aspectos que durante mucho tiempo se pasaron por alto, como la felicidad, la satisfacción frente a la vida y las herramientas psicológicas de los individuos, lo que alcanzó un gran avance respecto a la salud mental. Por ello, la OMS (2024) remarcó en su definición una

distancia de la conceptualización convencional de la salud mental como ausencia de trastorno mental.

De conformidad con la OMS, surgieron otras definiciones, desde una perspectiva positiva, como la expuesta por Jahoda (1950), como se citó en Miranda (2018), la cual se basa en varios aspectos como la autonomía, las actitudes positivas, la integración de sí mismo, el crecimiento, la percepción correcta de la realidad, la adaptación, la aceptación y la confianza en sí mismo. Es decir, también se aleja de la concepción tradicional que acota la salud mental en la ausencia de trastornos de esta índole. Asimismo, Bhugra y Sartorius (2013) describieron esta noción como un estado de armonía en el que el individuo posee tranquilidad consigo mismo, funciona socialmente de manera efectiva y puede por sus propios medios solventar sus necesidades básicas.

Sin embargo, Wren-Lewis y Alexandrova (2021) no está de acuerdo con aquellas conceptualizaciones, dado que manifiesta que la definición de la salud mental sigue siendo poco clara y sigue habiendo una falta de consenso para definirla. En esa medida, cuando se define la salud mental como la sola ausencia de trastorno mental, esto se puede interpelar como un argumento muy débil, carente de exigencia y estrechamente ligada a los juicios de valor de la psiquiatría. Asimismo, definirla en términos de solo bienestar completa es demasiado exigente, debido a que, según el autor, pocas personas pueden llegar a cumplir aquellos estándares.

A pesar de lo antedicho por este autor, actualmente la mayoría de las investigaciones científicas están adoptando la perspectiva positiva de la definición de la salud mental. Sin embargo, se estimaría que en la práctica los estudios relacionados con este tópico tendrían esta connotación. No obstante, mayoritariamente están usando el término como eufemismo de enfermedad mental, trastorno mental o síntomas psicopatológicos.

Asimismo, tácitamente aquellas investigaciones están considerando estos términos como una manera de referirse a la carencia de salud mental, restringiéndose en la unidimensionalidad de la concepción biomédica. En consecuencia, esto se ha observado en la revisión y análisis de las investigaciones recopiladas en el presente estudio, donde los investigadores desafortunadamente, al analizar la salud mental de los profesionales sanitarios de Latinoamérica en el curso de la crisis sanitaria desencadenada por la pandemia ocasionada por el coronavirus, utilizaron pruebas psicológicas que evalúan trastornos mentales y síntomas psicopatológicos y, de acuerdo con aquellos resultados, determinaron la salud mental de aquella población.

A partir de lo mencionado, se toma en parte la postura dada por Wren-Lewis y Alexandrova (2021), dado que no solo se puede mencionar el término “ausencia de trastorno mental” para desligarse de aquella postura tradicional de la salud mental, debido a que eso no soluciona la problemática. Por tal razón, se considera que la salud y el trastorno mental son conceptualizaciones diferentes que en algún punto se relacionan, debido a que no se puede obviar que lo psicopatológico afecta la salud mental (si se estima como conceptualizaciones separadas), ni que se considere como “ausencia de salud mental” cuando no exista alguna psicopatología. Respecto a este último, para evitar ir al extremo de ausencia o presencia, usualmente se usan los términos de “baja salud mental” o “alta salud mental”. Empero, no se sabe qué indicadores se estarían considerando para ubicarlas en baja o alta salud mental.

Por lo tanto, al observar esta disyuntiva, sería óptimo considerar en la definición de la salud mental los siguientes aspectos: 1) la distinción entre salud mental y lo psicopatológico como entidades separadas, pero que en algún punto se relacionan; 2) la salud mental entendida como un estado que abarca el bienestar emocional, psicológico y social del individuo; 3) la salud mental categorizada en óptima salud mental, adecuada

salud mental y baja salud mental en función de indicadores de bienestar emocional, psicológico y social; 4) lo psicopatológico puede tanto afectar como no afectar la salud mental; 5) la salud mental no es determinante en cuanto a la aparición de trastornos mentales o síntomas psicopatológicos, sino que puede predisponer a su desarrollo; y 6) los factores psicosociales están involucrados tanto en la salud mental como en los trastornos mentales. Cuando se considera lo expresado, se traza una línea de división más clara entre la salud y los trastornos mentales (incluyendo los síntomas psicopatológicos), así como la posible relación entre ellos.

Sobre el segundo punto que reflexionar, en el presente trabajo también se mencionaron dos modelos teóricos relacionados con el tema: el modelo Demanda - Control - Apoyo Social y el modelo de mediación moderada: Salud mental del personal sanitario durante el brote de la enfermedad del COVID-19.

Este modelo, planteado por Karasek y Jonhson como se citó en Araújo (2016), se centra en tres dimensiones del ambiente del trabajo: demandas psicológicas, control y apoyo social. Las demandas psicológicas referidas a las exigencias derivadas de la condición de trabajo; el control, al grado de autonomía o libertad de decisión y el apoyo social, al respaldo brindado por sus compañeros y superiores. En este modelo, se examina los altos niveles de estrés y, en consecuencia, la alteración de la salud mental, así como posibles problemas mentales, los cuales se producen cuando las demandas psicológicas no se logran compensar con los niveles de control y apoyo social.

De acuerdo con Fernández y Calderón (2017), el modelo se puede usar en los diversos ámbitos de trabajo. Al comprender que el modelo da una explicación de la motivación y el aprendizaje, y considerando las condiciones laborales del trabajador, así como del proceso de estrés y sus implicancias en la salud mental, se resalta el soporte empírico de sus supuestos teóricos. Por ello, se estimó que el modelo planteado por

Karasek y Jonhson es el más conveniente para comprender el tema de la presente investigación.

A través de lo antedicho por estos autores, el modelo Demanda - Control - Apoyo Social puede aplicarse y analizarse en diferentes contextos laborales donde el trabajador se desenvuelve, dado que determinadas condiciones en el trabajo pueden provocar la aparición de un alto estrés y desencadenar un proceso de sufrimiento al trabajador. En esta línea, Baptista et al. (2022) confirmaron lo antedicho en el personal sanitario de primera línea en Latinoamérica en el curso de la emergencia ocasionada por el COVID-19, al señalar en sus resultados que las exigencias de las tareas, de acuerdo con sus funciones designadas, y el bajo control de aquello para su cumplimiento, conllevó a un alto estrés y una mayor probabilidad de experimentar falta de libertad de expresión, realización personal y agotamiento profesional. De igual modo, se señaló que la carencia de respaldo social aumentó la predisposición a experimentar síntomas de depresión, ansiedad y estrés.

Por consiguiente, el profesional sanitario de Latinoamérica en el contexto de pandemia pueden encontrarse en el cuadrante “alto estrés”, donde se exponen a altas demandas psicológicas y poco control sobre el proceso laboral y las formas de actuar frente a aquellas demandas psicológicas, como es el caso de los médicos, enfermeros y técnicos de enfermería, profesionales de salud de primera línea que se encuentran expuestos a contacto directo con personas sobre quienes se tiene indicios o certeza de infección por COVID-19.

En el contexto de aquellos que trabajan de forma semipresencial o presencial en centros que no están directamente expuestos al contacto con individuos afectados por COVID-19, o para aquellos que desempeñan sus labores de manera remota, pueden encontrarse en el cuadrante “activo”, donde las exigencias son elevadas, pero el centro de

trabajo le permite disponer de sus propias decisiones para enfrentarlas. Es decir, tener la libertad de decidir sobre su forma de actuar frente a las demandas psicológicas (Trelles y Martínez-Carpio, 2020).

En lo mencionado, se tiene que considerar el apoyo social dentro del trabajo, dado que, según el modelo, es una variable modificadora que actúa frente al estrés que surge en ambas situaciones, debido a que su presencia alta o baja aumentaría la probabilidad del desarrollo de problemas mentales. Aunado a esto, se resalta que el personal sanitario que se encuentra en el cuadrante “activo” es propenso a desplazarse al cuadrante “alto estrés”, cuando percibe que el centro laboral le limita en ejercer su autonomía o su toma de decisiones frente a las demandas psicológicas que pueden estar presentes.

Aunque lo propuesto no se encuentra en el modelo, ni en las dos predicciones que proponen los autores, se consideró tenerlo en cuenta, porque el profesional sanitario dentro del contexto de pandemia es mayormente propenso a exponerse por la entidad en la cual labora a la restricción de sus decisiones, si es que eso conlleva a que supla la necesidad de la falta de personal ante alta demanda de los servicios médicos.

En relación con el modelo de mediación moderada: Salud mental del personal sanitario durante el brote de la enfermedad del COVID-19, planteado por Hou et al. (2020), se mencionó que este se encuentra dentro del contexto de pandemia en el cual existe una condición: la salud mental, explicada por diversos factores como apoyo social, resiliencia y edad. En efecto, esto significa que, según el modelo, la salud mental es una condición que se explica por el grado en que la persona percibe el apoyo de los demás, siendo esto mediado por la resiliencia. En tal sentido, esto permite entender de mejor manera esa relación. Asimismo, la edad está involucrada, pero como un factor que puede atenuar como fortalecer la salud mental por medio de la relación indirecta que se establece entre resiliencia y salud mental por la vía de apoyo social-resiliencia-salud mental.

En esta línea, Caiuby et al. (2012) confirmaron el modelo en el personal sanitario de Jiangsu en el país de China, al señalar en sus resultados que en el curso de la reciente pandemia el respaldo social y la capacidad de resiliencia demostraron ser elementos mitigadores de los síntomas psicopatológicos y facilitadores de una salud mental óptima, así como también confirmaron que la edad (grupo más joven), junto con una pobre resiliencia y apoyo social, contribuyeron a un peor desempeño en salud mental, tendiendo a presentar algunas anomalías psicológicas. A partir de ello, se afirmó que existen algunas investigaciones realizadas en China que respaldan el presente modelo. No obstante, hasta el momento no se ha identificado ningún estudio en Latinoamérica que vincule las cuatro dimensiones del mencionado modelo, así como tampoco se han hallado estudios suficientes de sus dimensiones asociados con la salud mental.

Por otro lado, en la investigación donde se propuso el modelo no existe un eufemismo de la palabra salud mental, sino que, de conformidad con la definición citada por los autores, la salud mental se concibe como un estado de bienestar, el cual puede afectarse por los síntomas clínicos y por los problemas mentales. Sin embargo, en el modelo utilizaron una prueba que mide los síntomas psicopatológicos para evaluar la dimensión de salud mental. Como resultado, esto posibilita percibir la dificultad de separarse de la concepción biomédica, lo que genera una discrepancia y confusión en relación con el término de salud mental.

A pesar de todo ello, se resaltó de este modelo el mecanismo potencial que puede mejorar la salud mental propuesto por medio de factores de resiliencia y respaldo social, además de posibilitar la valoración de la relevancia de los recursos tanto internos como externos del individuo para preservar y promover la salud mental. Igualmente, tiene en cuenta ambos recursos para mejorar la sintomatología de los problemas mentales (Hou et al., 2020).

Esta perspectiva es significativa, dado que reconoce que la salud mental no se limita únicamente a factores biológicos o psicológicos internos, sino que también incluye elementos externos como el entorno social y de apoyo. En tal sentido, la integración de recursos tanto internos como externos proporciona un enfoque integral para potenciar la salud mental y abordar la sintomatología de las afecciones mentales. Por consiguiente, reconocer y utilizar ambos tipos de recursos puede llevar a estrategias de tratamiento más efectivas y personalizadas, que no solo se centren en aliviar los síntomas, sino también en construir y fortalecer las capacidades del individuo para manejar su salud mental a largo plazo. Además, este enfoque puede ayudar a las personas a desarrollar una mayor autoconciencia y a comprender mejor cómo su entorno influye en su salud mental. En suma, esto les permite buscar y utilizar activamente los recursos necesarios para su bienestar.

Sobre el tercer punto por reflexionar, la mayoría de los instrumentos psicológicos aplicados en las investigaciones para valorar el estado de salud mental de los trabajadores sanitarios en Latinoamérica se centraron en identificar posibles problemas mentales que han estado aquejando a esta población y, en menor medida, se enfocaron en la salud mental (los factores biopsicosociales). Por otra parte, es importante resaltar que en su mayoría los instrumentos psicológicos utilizados no se han validado ni adaptado en el personal sanitario de Latinoamérica, limitándose a mencionar, en las investigaciones revisadas, solo la validez y confiabilidad del instrumento original o adaptaciones realizadas en otros países que no conforman Latinoamérica.

Esto implica una omisión de los estándares establecidos por la American Educational Research Association (ERA), la American Psychological Association (APA) y el National Council on Measurement in Education [NCME] (1999) como se citó en Lobos y Gutiérrez (2020), en la cual refieren que los instrumentos psicológicos tienen

que adaptarse en el país, población o cultura que se busca utilizar mediante la ejecución de investigaciones instrumentales.

Para ampliar lo mencionado, Sánchez y de la Fuente (2020) advirtieron que es importante considerar y emplear apropiadamente los términos de estandarizar, adaptar y validar en las investigaciones instrumentales, con el fin de evitar un inadecuado uso o abuso de aquellos conceptos en las investigaciones empíricas. Asimismo, según Ventura (2017), es fundamental comunicar en las investigaciones empíricas las propiedades psicométricas de los instrumentos psicológicos que se usan en investigaciones que abordan como tema la salud mental, puesto que brinda seguridad a la comunidad científica alrededor del nivel de precisión de los instrumentos psicológicos.

A través de lo antedicho por estos autores, es significativo considerar el uso adecuado de los términos psicométricos, el reporte adecuado en las investigaciones de las propiedades psicométricas y la adaptación de los instrumentos psicológicos de acuerdo con la población y país en cuestión, en este caso del profesional sanitario de Latinoamérica. En consecuencia, al no estar empleándolo adecuadamente conlleva a obtener resultados poco fiables, debido a que los estándares de evaluación podrían ser diferentes (Sánchez y de la Fuente, 2020).

Sobre el cuarto punto por reflexionar, en cuanto a los factores de riesgo, las variables encontradas pueden conllevar a un aumento de carga emocional en el personal sanitario de Latinoamérica, las cuales son la exposición directa al cuidado de pacientes con coronavirus, la creciente escasez de EPP, trabajar en proximidad al epicentro de la enfermedad, desempeñarse en la primera línea de atención y ser profesional médico o de enfermería.

Por su parte, Torres et al. (2020) y Tolsa y Malas (2021) permiten ampliar y considerar otros factores de riesgo importantes, las cuales pueden predisponer a la

aparición de problemas emocionales como las largas y extenuantes horas de trabajo, la saturación mediática y en las RR. SS. sobre la enfermedad, así como la exigencia para enfrentarse a una enfermedad que era prácticamente desconocida en ese tiempo, bajo apoyo social, temor de infectarse y contagiar a quienes conviven con ellos y la obligación en algunos casos de tomar decisiones difíciles acerca de la distribución de recursos escasos en pacientes graves.

Lo mencionado en los párrafos anteriores brinda un panorama más amplio acerca de otros factores de riesgo que posiblemente estuvieron presentes en el personal de salud de Latinoamérica. Por tal motivo, es importante conocer debido a que brinda información relevante para comprender y prevenir si en un futuro ocurre una situación similar.

Por otro lado, se menciona que en las diversas investigaciones revisadas consideran la edad (ser joven) y la pertenencia al sexo femenino como factores de riesgo. Sin embargo, se aludió en “estudios acerca del tema” la imposibilidad de estimarlos de ese modo, debido a que los datos sociodemográficos son una característica interna del sujeto, el ser joven está relacionado con condición de maduración del ser humano y el ser del sexo femenino está relacionado con una condición biológica de él mismo.

Sin embargo, Senajo (1999) como se citó en Echemendía (2011) aclaró este punto mediante la exposición de la definición de factor de riesgo en la salud, y este alude a cualquier característica o circunstancia observable en una o varias personas, asociada a la posibilidad de desarrollar o sufrir una enfermedad. Asimismo, la OPS (2013), al exponer su definición de factor de riesgo en el contexto de la salud mental, señaló que se trata de factores físicos, psíquicos, emocionales y sociales que aumentan la probabilidad de que una persona desarrolle problemas mentales.

Al considerar aquella perspectiva, se toma en consideración lo expuesto por la OPS. Por consiguiente, la edad (especialmente ser joven) y la pertenencia al sexo

femenino son variables de riesgo relevantes por tener en cuenta al abordar el trabajo con el personal sanitario de Latinoamérica.

En relación con el factor de riesgo “sexo”, las profesionales mujeres tienen mayores probabilidades de presentar una alteración de su salud mental y desarrollar problemas mentales. Ello tiene una explicación psicosocial la cual está mayormente relacionado con el ámbito laboral. Por su parte, Boniol et al. (2019) refirieron varios factores que contribuyen a que las mujeres sean el grupo más afectado como es la existencia de una brecha salarial de 28 % en la fuerza laboral de salud, la menor probabilidad en comparación con los varones de obtener un empleo a tiempo completo, la ocupación de puestos menos valorados y la presencia del 70 % de ellas en los distintos niveles del sector.

Aunado a esto, la doble carga (trabajo-hogar), mencionado por Silva-Junior et al. (2021), debido a que, además de estar pendiente en ejecutar sus funciones asignadas en el trabajo (sea presencial, semipresencial y virtual), tiene que mantener su hogar mediante la ejecución de varias labores domésticas, las cuales incrementan a medida que tengan a su cuidado a familiares que necesiten apoyo y soporte en casa. Estos factores también se consideran factores de riesgo que han afectado a la mujer profesional en su salud mental.

De este modo, se visualizan varios aspectos: en primer lugar, la desigualdad de género y las condiciones laborales son desafíos distintivos para las mujeres que se desempeñan en este sector, marcados por la brecha salarial y la mayor probabilidad de ocupar roles menos valorados, lo que incrementa el riesgo de sufrir afectaciones en su salud mental. En segundo lugar, la doble carga de trabajo y las responsabilidades domésticas, que incluyen tanto las tareas del hogar como el cuidado de familiares, añaden una presión considerable sobre las mujeres de personal sanitario, lo que genera un estrés acumulado que impacta negativamente en su salud mental. En tercer lugar, es crucial

reconocer la necesidad de implementar políticas y prácticas laborales que aborden estas desigualdades de género, como la igualdad salarial y el respaldo para equilibrar las responsabilidades laborales y domésticas, según lo destacan los hallazgos presentados.

Finalmente, respecto al factor de riesgo “edad”, los profesionales jóvenes también son propensos a presentar una alteración de su salud mental y en un futuro desarrollar problemas mentales en comparación con los profesionales de mayor edad. Sin embargo, las razones de esta diferencia no se pueden establecer con exactitud debido a la falta de datos disponibles. Sobre esto, solo se tiene evidencia de que el personal de salud con menor experiencia laboral ha presentado mayores niveles de problemas emocionales y trastornos mentales como el agotamiento laboral, el TEA, síntomas del TEPT (Dolores y Malas, 2021) y que los profesionales más jóvenes fueron los más afectados y propensos a desarrollar problemas mentales (Serrano, 2020). A partir de lo anterior, se puede inferir que los profesionales sanitarios jóvenes son más propensos a presentar problemas emocionales y trastornos mentales debido a su falta o menor experiencia laboral y que los profesionales adultos son menos propensos, debido a su mayor experiencia laboral en esa área.

En ese sentido, se observan los siguientes aspectos: en primer lugar, la vulnerabilidad de los profesionales jóvenes, quienes, debido a su menor experiencia laboral, son más propensos a enfrentar desafíos de salud mental como el agotamiento en el trabajo y el TEPT, lo que resalta la importancia de respaldar su crecimiento tanto profesional como personal desde el inicio de sus trayectorias laborales. En segundo lugar, es fundamental ofrecer apoyo emocional y capacitación en manejo del estrés a los profesionales jóvenes para mitigar estos riesgos, lo que facilita el desarrollo de resiliencia y habilidades de afrontamiento efectivas. Finalmente, la escasez de datos detallados sobre cómo la edad y la experiencia laboral influyen en la salud mental del prestador de atención

de salud indica la necesidad de realizar más investigaciones en este ámbito, con el fin de informar el diseño de políticas y prácticas que sean efectivas y pertinentes.

El quinto punto por reflexionar es el factor social entendida como las relaciones personales, el empleo, la educación y el contexto social. En relación con esto, se menciona que en las investigaciones revisadas solo indican el tema de agresión y discriminación social emitido por el entorno del personal sanitario de Latinoamérica.

De conformidad con este aspecto, resulta relevante destacar que los actos de agresión y discriminación contra el personal sanitario han sido una realidad previa a la emergencia ocasionada por el COVID-19. Sobre esto, Díaz (2020) mencionó la existencia de un antecedente cultural e histórico, especialmente cuando los familiares de un paciente o el mismo paciente se sienten vulnerables. Asimismo, Travetto et al. (2015) señalaron que existe evidencia en varios estudios científicos que aquella problemática va creciendo y extendiendo conforme pasa el tiempo. Además, resalta que las causas de su aparición, los desencadenantes y las formas de manifestación están estrechamente influenciados por el contexto histórico específico del momento.

Para profundizar en este punto y centrándolo en el marco de la pandemia, Valdez et al. (2020) afirmó que el personal sanitario ha enfrentado con mayor intensidad un incremento importante en la frecuencia e intensidad de las agresiones, amenazas y actos de discriminación, particularmente por parte de la población en general, los cuales rechazaban mantener contacto con ellos fuera de las instalaciones de salud. Esta discriminación en algunos casos progresivamente se convirtió en acciones drásticas como la prohibición del ingreso a mercados, transporte público y el uso de algunas instalaciones, así como la presencia de agresiones físicas y verbales.

La causa de aquellas conductas, según Taylor et al. (2020), fue el temor a contagiarse con la enfermedad viral y la desinformación sobre aquella enfermedad.

Además, los factores que posiblemente aumentaron las agresiones en el personal sanitario fueron la carencia de recursos hospitalarios, la alta necesidad de atención hospitalaria por parte de los pacientes y sus familiares, los retrasos en la atención debido a cuestiones de organización y la escasez de personal capacitado disponible (Travetto et al., 2015; Gordillo et al., 2019).

Asimismo, la discriminación y agresión dirigida hacia el personal sanitario de Latinoamérica puede tener consecuencias sociales perjudiciales como el incremento de la marginalización social, de la violencia física y/o psicológica y la afectación de la atención hospitalaria. Respecto este último, el personal sanitario puede enfrentar restricciones en la capacidad de decidir en relación con la salud de los pacientes, con el fin de evitar contagiarse y contagiar a otros. También podrían optar por abandonar el área en la que trabajan o renunciar a sus puestos laborales. Adicionalmente, el personal sanitario puede manifestar conductas de aislamiento y de evitación como dejar de visitar a sus parientes o amistades, mudarse del lugar en la cual reside y evitar buscar ayuda, lo cual afectaría el mantenimiento de sus relaciones sociales (Valdez et al., 2020).

Finalmente, se tiene por conocimiento que la parte social no puede estar desligado de la parte psicológica. Por tal razón, cuando el personal sanitario de Latinoamérica está siendo vulnerado con aquellas conductas, su bienestar general se ve afectado, dado que, al percibir menor grado o nula protección por parte de su entorno, los afectados pueden sentirse aislados, rechazados e ignorados. De esta manera, surgen emociones como inseguridad, miedo, tristeza y enfado que, al mantenerse en el tiempo, pueden ocasionar alteraciones emocionales, insatisfacción laboral, disfunción social, disfunción familiar y problemas mentales (Ramos, 2023).

El sexto punto por reflexionar es el factor psicológico del personal sanitario entendida como el repertorio emocional, estilo de vida, personalidad, estilo de

afrontamiento, conductas y cogniciones. En relación con ello, se mencionó que en las investigaciones revisadas se destacó en los profesionales del sector de la salud que la carga emocional incluye el temor a la muerte y el proceso de fallecimiento, el miedo a infectarse o transmitir la enfermedad a quienes conviven con ellos, así como la ansiedad relacionada con la posibilidad de contraer la enfermedad.

Por su parte, Huarcaya-Victoria (2020) señalaron que se reconoce ampliamente que tanto los pacientes como el personal médico durante la aparición de una epidemia o pandemia pueden manifestar diversas emociones como el miedo, la soledad, la irritabilidad y la tristeza. Por otro lado, Taylor (2019) como se citó en Johnson et al. (2020) concuerda con ello y agregó que durante una pandemia está previsto que las personas experimenten angustia, miedo y enojo, tengan dificultad para conciliar el sueño y afectación en la concentración para realizar las actividades laborales, además de evocar recuerdos traumáticos relacionados con la pandemia. Todo ello, según la OPS (2016), se debe a que un contexto de epidemia o pandemia provoca una alteración psicosocial que en ocasiones supera la capacidad de respuesta de un individuo o de una población afectada.

Por otro lado, debido a la naturaleza inherente a su labor, numerosos profesionales sanitarios han tenido que afrontar situaciones éticamente desafiantes, tomando decisiones que pueden llevar al fallecimiento de pacientes o a la imposibilidad de recuperarse de enfermedades graves. Incluso antes de la aparición del COVID-19, la fatiga y el agotamiento entre el personal sanitario eran motivo de creciente preocupación, evidenciándose tasas elevadas de agotamiento. Como consecuencia, durante la pandemia, los servicios de atención médica han enfrentado consistentemente la falta de personal y recursos insuficientes (Zerach y Levi, 2021; Hegarty et al., 2022).

Por ello, en los primeros meses de la pandemia la mayoría del personal sanitario en Latinoamérica expresó predominantemente miedo y ansiedad, dado que evaluaron la situación como una fuente de amenaza latente y desconocida, la cual tenían que enfrentarse obligatoriamente. Además, en esta situación existieron diversos factores que favorecieron la aparición de aquellas reacciones emocionales y el incremento de la intensidad de estas, como la alta tasa de contagiados, EPP inadecuado, incremento de defunciones, alto riesgo de contagio, el aislamiento, el agotamiento, condiciones laborales desfavorables, la falta de contacto familiar y la discriminación recibida por su entorno (Monterrosa et al., 2020).

Se puede mencionar que aquellas reacciones emocionales tenían que canalizarse adecuadamente; en caso contrario, podrían producir efectos preocupantes para la salud mental del profesional de la salud como la aparición de problemas emocionales y trastornos mentales. Por tal razón, los mecanismos de defensa psicológicos como la resiliencia y las estrategias de afrontamiento eran y son importantes en estas situaciones difíciles.

A pesar de que se tiene escasa información sobre aquellos mecanismos de defensa en el contexto de pandemia por COVID-19 en América Latina, Gamboa et al. (2021) manifestaron en sus resultados un nivel alto de resiliencia psicológica en el trabajador del sector sanitario. Esto concuerda con la revisión sistemática realizada por Labrague (2021), donde el nivel de resiliencia psicológica fue moderado a alto en el curso inicial de la pandemia. Al considerar este punto, se puede mencionar que en un principio el personal sanitario de Latinoamérica estaba equipado con recursos personales como la resiliencia, lo cual contribuyó al desarrollo de estrategias de afrontamiento y una mayor tolerancia a la carga emocional.

Sin embargo, a causa de la aparición repentina y permanencia de la enfermedad del COVID-19, las características y evolución hasta ese entonces desconocidas, junto con algunos factores de riesgo agravantes, tal como se mencionó en secciones anteriores, en el personal sanitario de América Latina se produjo una disparidad entre las exigencias del entorno y su capacidad para responder adecuadamente a ellas.

No obstante, debido a la irrupción imprevista y continua del COVID-19, así como a la presencia de características y progresión desconocidas hasta ese momento, junto con la existencia de ciertos factores de riesgo agravantes, el personal sanitario de Latinoamérica experimentó un desequilibrio entre los requerimientos del medio y su capacidad para responder (Fernández y Calderón, 2017). Por consiguiente, con el tiempo, las reacciones emocionales negativas se intensificaron y mantuvieron durante más tiempo, volviéndose desproporcionada, crónica y dañina, lo que ocasionó afectaciones emocionales y trastornos mentales.

El séptimo punto por reflexionar radica en los problemas emocionales y el trastorno mental del personal sanitario de Latinoamérica. En relación con ello, en las investigaciones revisadas se reportó una sintomatología asociada a la ansiedad, la depresión y el estrés, además del TEA.

Los hallazgos de los estudios analizados que indican la presencia de estos síntomas coinciden con las afirmaciones de Chávez et al. (2021) y Santos et al. (2021), quienes destacaron que estos problemas emocionales han sido más prevalentes en el curso inicial de la pandemia. Asimismo, Jeff (2020) respaldó esta afirmación al señalar que en los primeros meses de pandemia se han registrado elevadas tasas de dichos síntomas, agregando también al estrés, el cual fue un problema recurrente en el personal sanitario.

Con relación a este tema, los factores que han agravado aquellos problemas emocionales, según Bueno y Barrientos-Trigo (2021), se relacionan con la forma de cómo

transmiten los medios de comunicación la información acerca de la enfermedad por COVID-19, sobre informando los aspectos negativos, y el apoyo emocional que brindan los profesionales a los pacientes, debido a que, al ser los únicos con el cual los pacientes mantienen constantemente el contacto, puede conllevar a una sobrecarga emocional.

Además de ello, se considera en el agravamiento de aquellos problemas emocionales, la confluencia de la intensificación de las reacciones emocionales, la influencia del entorno social y la presencia de los factores de riesgo descritos en los apartados anteriores. Este proceso de cronificación se desarrolló a medida que la situación de pandemia continuaba, siendo más común en los médicos que trabajaban en la primera línea de atención. Por tal razón, cuanto más expuesto estuvieron el personal sanitario ante las situaciones inesperadas que amenazaban su vida o que generaran mayor incertidumbre, es más probable que hicieran frente a un grado mayor de sobrecarga psicológica (Chávez et al., 2021; Santos et al., 2021).

Como consecuencia, ello pudo conllevar a diversos factores perjudiciales como la merma en su capacidad para tomar decisiones, afectación en su calidad de atención y desenvolvimiento frente a sus pacientes, aislamiento social interpersonal, dificultad de adaptación ante la presencia de nuevos sucesos, problemas de sueño, afectación en su bienestar general y mayor vulnerabilidad para desarrollar algún trastorno mental como el TEA (Peñafiel-León et al., 2021).

En relación con el TEA, se menciona que es un cuadro agudo que se presenta cuando el sujeto se ha expuesto a un evento percibido por él como traumático, en el cual se considera presenciar el hecho, ser testigos visuales de la situación y la experiencia repetitiva del suceso (Chapa et al., 2021).

De acuerdo con lo anterior, en algunas de las investigaciones revisadas se encontró la presencia de los síntomas de este trastorno en el personal sanitario de Latinoamérica

como los recuerdos intrusivos, sueños angustiosos, alteración del sueño, angustia psicológica intensa, así como los esfuerzos para evitar aquellos recuerdos, sentimientos o lugares relacionados con el suceso traumático (Bueno y Barrientos-Trigo, 2021).

La presencia de la mayoría de aquellos síntomas pudo haber conllevado al desarrollo del TEA (se considera la delimitación de DSM-V) y, finalmente, al TEPT, en caso de persistir en el tiempo. Además, su presencia puede provocar secuelas perjudiciales para el profesional sanitario como la alteración de sus estados emocionales, presencia de crisis nerviosas, desarrollo de enfermedades coronarias y aparición de otros trastornos mentales (APA, 2010).

Finalmente, tanto los problemas emocionales y los síntomas del trastorno mental encontrado socava los niveles de salud mental del trabajador del sector sanitario de América Latina. Lamentablemente no hay información suficiente para mencionar sobre los otros trastornos psicológicos que pudieron o pueden estar presentes en esta población y los posibles factores que han intervenido para que se manifiesten.

Sobre el octavo punto a reflexionar, en relación con las intervenciones psicológicas dirigidas al personal sanitario en América Latina, se puede mencionar que en su mayoría se han desarrollado estrategias y guías para mitigar el malestar psicológico ocasionado por la pandemia. Sin embargo, solo se encontraron dos investigaciones en revistas indexadas que abordaron esta temática. La primera, realizada por Robles et al. (2020), implementó la psicoeducación a través de videos como método para abordar esta problemática; en la segunda investigación se diseñó un programa que promovía el bienestar psicológico y brindaba apoyo y rehabilitación en materia de salud mental.

De estos hallazgos, se puede deducir que los estudios en América Latina se han enfocado principalmente en proporcionar recomendaciones y directrices que podrían servir como base para futuras intervenciones, pero han descuidado la importancia de las

intervenciones psicológicas para este grupo afectado por la pandemia de COVID-19. Además, estos resultados resaltan el requerimiento de desarrollar aquellas estrategias e intervenciones psicológicas de forma específicas, oportunas y eficaces para abordar los desafíos de salud mental del trabajador de salud afectado por la pandemia (Carranza et al., 2023; Robles et al., 2020). Al respecto, queda claro que la salud mental de estos profesionales en contextos de crisis sanitaria, como el que provocó la reciente pandemia, requiere atención continua y una adaptación de las estrategias de intervención psicológica para abordar las necesidades particulares de la región latinoamericana, donde se reconozca la complejidad y las particularidades de su contexto sanitario.

Finalmente, cabe destacar la relevancia de la intervención temprana para evitar mayores dificultades a largo plazo, dado que la creación y ejecución de programas no solo contribuirán a mejorar la calidad de vida del trabajador sanitario, sino que también les brindarán un respaldo sólido para situaciones similares que pueden experimentar en un futuro.

En ese sentido, se propusieron los siguientes puntos: realizar evaluaciones periódicas de la salud mental del personal para detectar problemas emergentes, implementar técnicas de intervención adaptadas a las necesidades individuales, como la terapia cognitivo-conductual, el entrenamiento en *mindfulness* y la orientación sobre el manejo del estrés. Igualmente, proporcionar una formación continua en habilidades de autocuidado y estrategias de afrontamiento para el personal sanitario. Finalmente, agregar un componente de investigación para recopilar y analizar datos que informen sobre la efectividad del programa y permitan su mejora continua.

En suma, la implementación de estas propuestas mejorará la salud mental del trabajador sanitario y fortalecerá la calidad del servicio de atención médica, lo que refleja

un compromiso con el bienestar del personal como pilar fundamental en la lucha contra las crisis sanitarias (Armitage y Nellums, 2020; OMS. 2020f).

2.2 Impacto social y teórico del tema

2.2.1 Impacto social

La pandemia por COVID-19 ha tenido un impacto social significativo, especialmente en el bienestar psicosocial del personal sanitario. Al respecto, durante la pandemia, este grupo se encontró en primera línea, enfrentando no solo el desafío físico de tratar a pacientes infectados, sino también el peso emocional y psicológico derivado de esta crisis. En consecuencia, el miedo y la incertidumbre predominaron, exacerbados por la falta de información inicial y la rápida propagación del virus. Como resultado, esto condujo a un aumento de problemas mentales como ansiedad, depresión y estrés en estos profesionales (Arshid et al., 2021).

Además, el personal sanitario se enfrentó a jornadas laborales extenuantes y a una exposición continua al virus, lo que aumentaba el riesgo de agotamiento emocional. Las medidas de confinamiento, aunque necesarias para controlar la propagación del virus, limitaron el soporte social habitual y aumentaron la sensación de aislamiento entre estos trabajadores, exacerbando aún más su carga psicológica (Ramírez-Ortíz, 2020).

Paralelamente, el impacto social se extendió al estigma y la discriminación que muchos trabajadores sanitarios experimentaron, lo que agregó una capa adicional de estrés emocional. En este contexto, el apoyo social y las intervenciones psicológicas adecuadas se convirtieron en aspectos cruciales para mantener la salud mental de este grupo. En ese sentido, la pandemia destacó la necesidad de políticas robustas de apoyo psicológico y medidas de protección para el personal sanitario, no solo para proteger su

bienestar durante crisis sanitarias, sino también como un componente esencial de la preparación y respuesta ante emergencias (Díaz, 2020; Figueroa, 2020).

De acuerdo con lo anterior, se puede mencionar que el deterioro de la salud mental del profesional sanitario tiene un impacto significativo y de múltiples dimensiones tanto en el ámbito social como en la atención en salud. Por lo tanto, las repercusiones de esta situación no solo repercuten en quienes se desempeñan en el sector sanitario, sino también en la calidad y eficacia de los servicios médicos ofrecidos a la comunidad.

Cuando los profesionales sanitarios enfrentan desafíos relacionados con su salud mental, como el estrés, la ansiedad o la depresión, su capacidad para desempeñar sus funciones de manera efectiva puede verse comprometida. Por consiguiente, esto puede resultar en una merma en la calidad de la atención brindada a los pacientes, un incremento en el riesgo de errores médicos y, en general, una disminución en el rendimiento laboral (Vlassi et al., 2023).

Además, el agotamiento y la insatisfacción laboral de estos profesionales pueden conducir a tasas más altas de rotación del personal. Ahora bien, esta alta rotación no solo es costosa para los sistemas de salud, sino que también conduce a una pérdida de experiencia y conocimiento que es crítica para la atención efectiva del paciente. Por ende, en el transcurso prolongado, la carencia de personal con experiencia puede generar consecuencias adversas en la aptitud de un sistema de salud para afrontar emergencias y gestionar situaciones de crisis.

En tal medida, las implicaciones para la salud pública y la gestión de futuras crisis sanitarias son igualmente significativas. Por ende, un personal sanitario mentalmente agotado es menos capaz de responder de manera efectiva en situaciones de emergencia, lo que podría comprometer la respuesta global ante una crisis sanitaria. Además, la salud mental del personal sanitario es crucial para mantener un sistema de salud resiliente y

sostenible. Sin profesionales de la salud mentalmente saludables, los sistemas sanitarios podrían enfrentar desafíos para mantener la continuidad y la calidad de la atención durante periodos prolongados de estrés, como una pandemia o la ocurrencia de un desastre natural (Han et al., 2023).

Finalmente, el deterioro de la salud mental del profesional sanitario conlleva a repercusiones sociales de mayor alcance. En ese sentido, afecta la percepción de la carrera sanitaria como un campo de trabajo deseable y puede disuadir a las nuevas generaciones de entrar en el campo médico y paramédico. Esto podría conducir a una insuficiencia de personal en el ámbito de la salud en los años venideros, exacerbando los desafíos actuales relacionados con la escasez de personal. Además, los problemas de salud mental del personal sanitario pueden afectar a sus familias y comunidades. En tal sentido, el estrés y la fatiga no solo se circunscriben al ámbito laboral, sino que también se trasladan al hogar, lo que puede impactar en las relaciones familiares y sociales, así como promover un ciclo extendido de estrés y trastornos de salud mental en la comunidad (Vlassi et al., 2023).

2.2.2 *Impacto teórico*

Este estudio ofrece una visión detallada sobre el impacto significativo de la pandemia en diversas dimensiones de la psicología aplicada al contexto de los trabajadores de la salud. En primer lugar, este estudio ofrece valiosos aportes a la psicología clínica, debido a que resalta el impacto psicosocial de las crisis de salud pública en trabajadores de primera línea. Un hallazgo clave es el incremento significativo en prevalencia de trastornos como la ansiedad, la depresión y el estrés, que destaca la necesidad de estrategias específicas de apoyo mental para este grupo. De igual modo, se observó que el estrés crónico al que estuvo sometido este personal no solo aumentó la incidencia de trastornos mentales preexistentes, sino que también precipitó nuevos casos,

lo que enfatiza la importancia de implementar medidas de intervención precoz y mantenimiento de la salud mental en contextos de crisis sanitaria (Ramírez-Ortíz, 2020).

Otro aporte importante a este campo es el reconocimiento de la heterogeneidad dentro del personal sanitario en términos de vulnerabilidad a problemas de salud mental. En ese sentido, factores como la edad, el género y el rol específico dentro del sector sanitario influyen significativamente en el riesgo y la experiencia de trastornos mentales. Esto subraya la importancia de personalizar las intervenciones de apoyo psicológico para ser más efectivas, teniendo en cuenta las necesidades específicas de subgrupos dentro del personal sanitario.

De este modo, es importante evaluar y adaptar intervenciones específicas como la terapia cognitivo-conductual y el entrenamiento en *mindfulness* para abordar estas preocupaciones, además de enfatizar la formación continua en el autocuidado y el manejo del estrés. Adicionalmente, esta personalización no solo puede mejorar la eficacia de las intervenciones psicológicas, sino también optimizar los recursos de salud mental en tiempos de alta demanda (Arshid et al., 2021).

En segundo lugar, este estudio aporta conocimientos significativos a la psicología familiar, al evidenciar cómo las presiones laborales extremas repercuten no solo en el trabajador de la salud, sino también en su entorno familiar. Por consiguiente, se destaca el impacto directo sobre la estructura familiar, donde las largas jornadas y el alto nivel de estrés vivido por estos profesionales pueden desencadenar cambios en la dinámica familiar, como el aumento de conflictos y una reducción en la estabilidad emocional del hogar, lo que subraya la interconexión entre el ambiente laboral y la vida familiar (Belingheri et al., 2020).

Además, el miedo a contagiar a los seres queridos llevó a medidas de autoaislamiento que, aunque necesarias, crean barreras emocionales y físicas dentro de

las familias. Este aislamiento puede deteriorar la comunicación y el apoyo emocional entre los miembros de la familia, lo que es crucial en momentos de crisis sanitaria (Chen, 2020, OMS, 2020e). Por otro lado, los hallazgos del estudio resaltaron la necesidad de implementar apoyo psicológico que incluya no solo al personal sanitario, sino también a sus familias. Como resultado, esto subraya la importancia de programas de apoyo que aborden la salud mental de la unidad familiar completa para mantener la resiliencia y el bienestar colectivo durante y después de las crisis sanitarias como la pandemia de COVID-19 (Díaz, 2020; Figueroa, 2020).

Asimismo, la presente investigación brinda conocimientos fundamentales para la psicología organizacional, especialmente en términos de las respuestas organizacionales frente a crisis extremas como una pandemia. En ese sentido, destaca cómo el estrés laboral, la carga emocional y el agotamiento aumentaron considerablemente entre el personal de salud debido a la pandemia. Por lo tanto, se subrayó la necesidad de medidas de apoyo psicológico robustas y la mejora de las condiciones laborales (Ran et al., 2020).

Por ejemplo, la investigación resalta que una dotación adecuada de EPP y la implementación de protocolos de seguridad estrictos son cruciales para mitigar los efectos psicológicos adversos causados por la pandemia. Asimismo, enfatiza la importancia de estrategias organizacionales que consideren tanto las necesidades individuales como colectivas, al promover un ambiente de trabajo que soporte la resiliencia y el bienestar psicológico del personal sanitario (Wang et al., 2020).

Además, el estudio contribuyó al entendimiento de cómo las organizaciones de salud pueden fortalecer su capacidad de respuesta en tiempos de crisis. En tal sentido, la evidencia sugiere que el apoyo psicológico continuo y las políticas de bienestar laboral no solo son beneficiosas para la salud mental del personal, sino que también incrementan la eficacia organizacional al mantener alta la moral y la productividad del equipo. Por tal

motivo, este enfoque no solo responde a los retos inmediatos, sino que prepara a la organización para futuras adversidades, debido a que facilita una cultura organizacional más adaptable y resiliente (Belingheri et al., 2020; Chemali et al., 2022).

Finalmente, la investigación evidenció que la exposición prolongada a condiciones de alto estrés puede tener repercusiones significativas en la salud mental, un aspecto que la psicología educativa puede abordar al desarrollar programas robustos de apoyo psicológico para educadores y estudiantes. Adicionalmente, los aportes de Adams y Walls (2020) resaltaron cómo la adaptabilidad y el manejo del estrés son críticos en contextos de crisis, algo que puede integrarse en programas educativos para fomentar una mejor adaptabilidad y manejo del estrés en estudiantes y docentes.

Asimismo, las observaciones de Wang et al. (2020) sobre la necesidad de adecuados recursos de apoyo y entrenamiento son directamente aplicables al ámbito educativo, lo que sugiere que las escuelas y universidades deben proporcionar recursos adecuados y formación continua para manejar situaciones de crisis efectivamente. Además, implementar evaluaciones periódicas de salud mental y desarrollar programas de formación que mejoren la resiliencia y las habilidades de afrontamiento del especialista en atención sanitaria y los estudiantes en formación puede repercutir positivamente en la calidad de la atención médica, dado que no solo mejoran la resiliencia, sino que también preparan a los individuos para enfrentar futuras adversidades con mayor eficacia.

3 CONCLUSIONES

En cuanto al análisis del estado de la salud mental del personal sanitario en América Latina durante la pandemia de COVID-19 en los años 2020-2021, se evidenció que la pandemia provocada por esta enfermedad desencadenó una crisis de salud pública sin precedentes alrededor de todo el mundo, al afectar de manera considerable la salud mental del profesional sanitario. En Latinoamérica, entre los años 2020 y 2021, la

población en mención mostró un notable incremento en los síntomas de ansiedad, estrés y depresión, según los resultados del análisis de los diversos estudios recopilados. De conformidad con los hallazgos, la combinación de diferentes factores de riesgo ha contribuido a un deterioro generalizado de su salud mental.

En particular, se identificaron diversos factores que afectaron la salud mental del personal sanitario de Latinoamérica durante la pandemia por COVID-19. En esa medida, la falta de apoyo social, la presión constante, la discriminación, la falta de reconocimiento de su labor por parte de la sociedad, la exposición constante al riesgo de contagio, la carga laboral intensa y la falta de recursos adecuados contribuyeron en sus inicios a que se manifestasen diversas emociones, siendo las más resaltantes el miedo, la preocupación y la incertidumbre. Adicionalmente, la escasez de recursos adecuados y el acceso limitado a servicios de apoyo psicológico agravaron aún más la situación.

Como resultado, se observó un aumento notable de los niveles de estrés, ansiedad, depresión e insomnio entre los trabajadores de la salud. Paralelamente, se evidenció mayor incidencia de síntomas del síndrome de Burnout y TEA, a causa de la falta de descanso adecuado, la presión laboral constante y la exposición a situaciones traumáticas. Las consecuencias que tienen un impacto significativo en la salud mental del personal sanitario son preocupantes, dado que pueden afectar su calidad de vida, su desempeño laboral y la atención que brindan a los pacientes.

En conclusión, la investigación sobre la salud mental del personal sanitario en América Latina durante la pandemia por COVID-19 resaltó el impacto negativo de la crisis en este grupo y la urgencia de proteger su bienestar. Por tal razón, es esencial continuar explorando esta área para comprender mejor las necesidades y experiencias de los trabajadores de la salud, así como para desarrollar intervenciones psicológicas efectivas y culturalmente sensibles. En suma, esto garantizará una atención médica de

calidad y protegerá la salud pública en la región. A modo de corolario, la pandemia subrayó la importancia de la salud mental del personal sanitario y la necesidad de acciones coordinadas entre gobiernos, instituciones de salud y organizaciones profesionales para asegurar su bienestar y, en consecuencia, la calidad de la atención médica ofrecida a la población.

3.1 Aporte del investigador

La emergencia sanitaria ocasionada por el coronavirus ha representado un desafío sin precedentes para el sector sanitario en general, poniendo a prueba no solo las habilidades técnicas y conocimientos médicos de la fuerza laboral, sino también su fortaleza emocional y psicológica. Por consiguiente, se evidenció que el estado de la salud mental del personal sanitario en este periodo crítico ha sido de particular interés, dado que ellos estuvieron en la primera línea de respuesta ante la crisis sanitaria, enfrentando riesgos elevados de exposición al virus, largas jornadas de trabajo, decisiones éticas difíciles, la pérdida de pacientes y la presión constante de un entorno altamente demandante y cambiante.

Desde una perspectiva personal, en este estudio se consideró crucial que las instituciones de salud y los gobiernos reconozcan y aborden estas necesidades de salud mental como una prioridad. Por tal motivo, es imperativo desplegar estrategias de respaldo y protección psicológica y emocional para los profesionales sanitarios, que incluyan servicios de consejería y terapia, programas de manejo del estrés y resiliencia, así como espacios seguros donde puedan compartir sus experiencias y emociones sin temor al estigma. Además, es fundamental promover un ambiente laboral que fomente el diálogo abierto, la realización de labores de manera cooperativa y el reconocimiento del esfuerzo y dedicación de estos profesionales.

La adaptación de los horarios de trabajo para evitar la sobrecarga laboral, el abastecimiento de recursos y EPP adecuados, y la capacitación continua sobre las mejores prácticas y protocolos de seguridad son también medidas esenciales para mitigar los efectos de la pandemia en la salud mental del personal sanitario.

De otro lado, la investigación en este campo debe continuar para comprender mejor las secuelas psicológicas que pudo haber dejado la pandemia en estos profesionales y que pueden expresarse a futuro, y para desarrollar intervenciones efectivas que puedan aplicarse en futuras crisis sanitarias. En ese orden de ideas, la inclusión de la salud mental como parte integral de la formación del profesional sanitario puede preparar mejor a estos profesionales para enfrentar situaciones de alta presión y estrés, por lo que se recomienda fomentar el desarrollo de habilidades de afrontamiento y resiliencia desde el inicio de su carrera.

3.2 Limitaciones

Entre las principales limitaciones para el establecimiento del presente estudio, se identificaron específicamente dos:

En primer lugar, las limitadas investigaciones enfocadas en la salud mental en América Latina, por lo que se necesitó revisar diversas bases de información, lo que dificultó el avance del presente estudio.

En segundo lugar, se observó la escasez de investigaciones que utilicen un enfoque cualitativo en el ámbito abordado. En tal medida, la falta de estudios cualitativos sugiere una brecha en la comprensión detallada y contextualizada de los fenómenos o temas específicos relacionados con la salud mental.

En tercer lugar, entre los vacíos identificados, se destacan la falta de estudios sobre los efectos a largo plazo de la pandemia en la salud mental del personal sanitario y una escasez de información sobre las estrategias de afrontamiento efectivas para manejar el

estrés crónico y el agotamiento profesional durante pandemias prolongadas. Además, existen contradicciones notables en los datos sobre las tasas de letalidad y mortalidad durante la pandemia, que pueden variar significativamente entre diferentes fuentes y momentos, lo que complica la interpretación de su impacto real en la salud mental del personal sanitario.

Aunado a esto, se observaron discrepancias en los resultados sobre la eficacia de ciertas intervenciones psicológicas o de apoyo, con algunos estudios que muestran beneficios significativos y otros que no encuentran cambios sustanciales. Por otro lado, varios aspectos ya se han estudiado exhaustivamente, como la alta prevalencia de ansiedad, depresión y estrés postraumático entre los trabajadores de la salud durante la pandemia. Además, la literatura ya ha identificado varios factores de riesgo para la salud mental del personal sanitario, incluyendo la falta de EPP, el temor al contagio y la sobrecarga de trabajo.

3.3 Propuesta para futuras investigaciones

Para avanzar en el entendimiento del estado de la salud mental de los trabajadores que prestaron atención en salud a pacientes con coronavirus durante la emergencia, se propone una serie de investigaciones futuras que profundicen y expandan los hallazgos actuales.

En primer lugar, se sugiere llevar a cabo investigaciones longitudinales que permitan monitorear cómo ha cambiado y avanzado la salud mental del personal sanitario a lo largo del tiempo, al identificar cambios en la prevalencia de afectaciones como los trastornos ansiosos y depresivos, la manifestación de estrés y el agotamiento laboral desde el inicio hasta las etapas posteriores de la pandemia, con la finalidad de comprender las secuelas a largo plazo y los procesos de recuperación.

Además, es crucial explorar el impacto de intervenciones específicas de apoyo psicológico y estrategias de resiliencia desarrolladas durante la pandemia, mediante la evaluación de su efectividad en la mejora de la salud mental del personal sanitario. Esto incluye servicios de consejería psicológica, entrenamientos en técnicas de gestión del estrés y el control de la ansiedad, así como el desarrollo de políticas institucionales que promuevan ambientes de trabajo saludables.

Otra área de interés es el análisis de las diferencias en el impacto de la pandemia en la salud mental del personal sanitario según las variables demográficas (edad, género, antecedentes de salud mental), profesionales (rol dentro del sistema de salud, años de experiencia, tipo de institución) y geográficas (diferencias entre países y regiones dentro de América Latina), para identificar grupos de mayor vulnerabilidad y necesidades específicas de intervención.

Finalmente, se propone la inclusión de enfoques multidisciplinarios en el estudio de la salud mental de los trabajadores del sector sanitario, al incorporar perspectivas provenientes de disciplinas como psicología, sociología, antropología y salud pública. En tal sentido, habrá una comprensión más holística de los determinantes socioculturales, económicos y organizacionales de la salud mental en este grupo, así como el desarrollo de intervenciones más integradas y adaptadas a sus necesidades.

4 REFERENCIAS

- Abeldaño, R., Juanillo, H., Sánchez, M., Burgos, G., Müller, S., & Rodríguez, J. (2021). Mental Health Burden of the COVID-19 Pandemic in Healthcare Workers in Four Latin American Countries. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 58, 004695802110610. <https://doi.org/10.1177/00469580211061059>
- Adams, J., & Walls, R. (2020). Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic. *JAMA*, 323(15), 1439. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3972>
- Ahmad, M. F., Ali, M., Alsayegh, A., Ahmad, S., Alam, N., Wahab, S., Ali, M. S., & Athar, M. T. (2021). A current novel perspective approach for coronavirus disease-2019 pandemic outbreak. *Journal of Advanced Pharmaceutical Technology & Research*, 12(4), 311–320. https://doi.org/10.4103/japtr.JAPTR_159_21
- Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1–9. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>
- Araújo, T., Santana, A., Guimaraes, M. & Bernardes, K. (2016). Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentales modelos comunes entre trabalhadores da saúde: contribuições da análise de combinados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19(3). <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600030014>
- Armitage, R., & Nellums, L. B. (2020). Protecting health workers' mental health during COVID-19. *Public health*, 185, 18. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.05.044>
- Arriola, L. & Palomino. K. (2020). Manifestaciones neurológicas de COVID-19: Una revisión de la literatura. *Neurología argentina*, 12(4), 271-274.

<https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-manifestaciones-neurologicas-covid-19-una-revision-S1853002820300689>

Arshid, M., Mumtaz, M., & Nazir, R. (2021). Unforeseen challenges to global health system, in particular context to COVID-19 pandemic and health care personnel. *Arab Journal of Basic and Applied Sciences*, 28(1), 145–153. <https://doi.org/10.1080/25765299.2020.1824395>

Baptista, M. C., Burton, W. N., Pawlecki, B., & Pransky, G. (2021). A Physician's Guide for Workers' Return to Work During COVID-19 Pandemic. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 63(3), 199–220. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000002118>

Bastien, C. H., Vallières, A., & Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medicine*, 2(4), 297–307. [https://doi.org/10.1016/s1389-9457\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/s1389-9457(00)00065-4)

Bedford, J., Enria, D., Giesecke, J., Heymann, D. L., Ihekweazu, C., Kobinger, G., Lane, H. C., Memish, Z., Oh, M. D., Sall, A. A., Schuchat, A., Ungchusak, K., Wieler, L. H., & WHO Strategic and Technical Advisory Group for Infectious Hazards (2020). COVID-19: towards controlling of a pandemic. *Lancet (London, England)*, 395(10229), 1015–1018. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30673-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30673-5)

Belingeri, M., Paladino, M. E., & Riva, M. A. (2020). Beyond the assistance: additional exposure situations to COVID-19 for healthcare workers. *The Journal of hospital infection*, 105(2), 353. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.03.033>

Bertolazi, A. N., Fagundes, S. C., Hoff, L. S., Dartora, E. G., Miozzo, I. C., de Barba, M. E., & Barreto, S. S. (2011). Validation of the Brazilian Portuguese version of the

- Pittsburgh Sleep Quality Index. *Sleep Medicine*, 12(1), 70–75.
<https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.04.020>
- Blanco, M., de la Vieja-Soriano, M., Macip-Belmonte, S., & Tercero-Cano, M. (2022). Trastorno de estrés postraumático en enfermeras durante la pandemia de COVID-19 [Postraumatic stress disorder in nurses during the COVID-19 pandemic]. *Enfermería Clínica*, 32(2), 92–102. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.10.015>
- Boniol, M., McIsaac, M., Xu, L., Wuliji, T., Diallo, K., & Campbell, J. (2019). *Equidad de género en el personal sanitario: análisis de 104 países*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311314/WHO-HIS-HWF-Gender-WP1-2019.1-eng.pdf?ua=1>
- Brito, J., Franco, C., Brito-Marques, P. R., Martinez, S., & Prado, G. (2021). Impact of COVID-19 pandemic on the sleep quality of medical professionals in Brazil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 79(2), 149–155. <https://doi.org/10.1590/0004-282X-anp-2020-0449>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet (London, England)*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Bueno, M., & Barrientos-Trigo, S. (2021). Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud. *Enfermería Clínica*, 31, S35-S39. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862120303028>
- Buyse, D. J., Reynolds, C. F., 3rd, Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and

research. *Psychiatry research*, 28(2), 193–213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)

Caamaño W, L., Fuentes M, D., González B, L., Melipillán A, R., Sepúlveda C, M., & Valenzuela G, E. (2011). Adaptación y validación de la versión chilena de la escala de impacto de evento-revisada (EIE-R) [Assessment of the impact of event scale revised for post traumatic stress disorder in Chilean subjects]. *Revista médica de Chile*, 139(9), 1163–1168. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22215395/>

Caballero-Alvarado, J., Pino-Zavaleta, F., & Barboza, J. (2020). Factores asociados a insomnio en profesionales de salud de un hospital público de Trujillo-Perú. *Horizonte Médico (Lima)*, 20(4), e1228. <https://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n4.04>

Caiuby, A. V., Lacerda, S. S., Quintana, M. I., Torii, T. S., & Andreoli, S. B. (2012). Adaptação transcultural da versão brasileira da Escala do Impacto do Evento-Revisada (IES-R) [Cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Impact of Events Scale-Revised (IES-R)]. *Cadernos de Saude Publica*, 28(3), 597–603. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2012000300019>

Camargo, L., Herrera-Pino, J., Shelach, S., Soto-Añari, M., Porto, M. F., Alonso, M., González, M., Contreras, O., Caldichoury, N., Ramos-Henderson, M., Gargiulo, P., & López, N. (2023). Escala de ansiedad generalizada GAD-7 en profesionales médicos colombianos durante pandemia de COVID-19: validez de constructo y confiabilidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 52(3), 245–250. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.06.003>

Campos, J., Martins, B. G., Campos, L. A., de Fátima Valadão-Dias, F., & Marôco, J. (2021). Symptoms related to mental disorder in healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Brazil. *International archives of occupational and*

environmental health, 94(5), 1023–1032. <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01656-4>

Carranza, R., Mamani, O., Quinteros, D., & Farfán, R. (2023). Preocupación por el contagio de la COVID-19 y carga laboral como predictores del malestar psicológico durante la emergencia sanitaria en personal de salud de Perú. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 52(4), 273–279. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.06.005>

Chandler-Jeanville, S., Nohra, R. G., Loizeau, V., Lartigue-Malgouyres, C., Zintchem, R., Naudin, D., & Rothan-Tondeur, M. (2021). Perceptions and Experiences of the COVID-19 Pandemic amongst Frontline Nurses and Their Relatives in France in Six Paradoxes: A Qualitative Study. *International journal of environmental research and public health*, 18(13), 6977. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136977>

Chapa, G., Jean-Tron, M., Ávila-Hernández, A., Márquez-González, H. & Garduño-Espinosa, J. (2021). Frequency of acute stress disorder in health care workers of a tertiary level pediatric hospital during the National Safe Distance Strategy for COVID-19 prevention. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 78(1), 10–17. <https://doi.org/10.24875/bmhim.20000226>

Chávez, L., Marcet, G., Ramírez, E., Acosta, L., & Samudio, M. (2021). Mental health of physicians and nurses of Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente - INERAM “Juan Max Boettner” during the Covid-19 quarantine from July to September 2020. *Revista de Salud Pública Del Paraguay*, 11(1), 74–79. <https://doi.org/10.18004/rspp.2021.junio.74>

Chemali, S., Mari, A., el Bcheraoui, C., & Weishaar, H. (2022). Health care workers' experiences during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Human Resources for Health*, 20(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00724-1>

- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., He, L., Sheng, C., Cai, Y., Li, X., Wang, J., & Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The lancet Psychiatry*, 7(4), e15–e16. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X)
- Cid, C., & Marinho, M. L. (2022). “*Dos años de pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe: reflexiones para avanzar hacia sistemas de salud y de protección social universales, integrales, sostenibles y resilientes*”. CEPAL.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. (2021a). *La pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19): una oportunidad de aplicar un enfoque sistémico al riesgo de desastres en el Caribe*. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46731/1/S2100024_es.pdf
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. (2021b). *La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social*. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47301/1/S2100594_es.pdf
- Crespo, T., Camarillo, L., & de Ruiz, H. (2019). *Trastorno por estrés agudo y postraumático*. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(84), 4918–4928. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7054136>
- Da Silva Neto, R. M., Benjamim, C. J. R., de Medeiros Carvalho, P. M., & Neto, M. L. R. (2021). Psychological effects caused by the COVID-19 pandemic in health professionals: A systematic review with meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 104, 110062. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110062>

- Danet A. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Medicina Clínica*, 156(9), 449–458. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.11.009>
- Dantas, E., Araújo Filho, J. de D. de, Silva, G. W. dos S., Silveira, M. Y. M., Dantas, M., & Meira, K. C. (2021). Factors associated with anxiety in multiprofessional health care residents during the COVID-19 pandemic. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(suppl 1). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0961>
- De La Cruz, J., González-Castro, T. B., Pool-García, S., López-Narváez, M. L., & Tovilla-Zárate, C. A. (2021). Estado emocional y psicológico del personal de enfermería agredido durante la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica [Emotional and psychological status of nursing staff attacked during the COVID-19 pandemic in Latin America]. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 22, 44-50 <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.08.006v>
- De La Guardia, M., & Ruvalcaba, J. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081
- Decreto Legislativo N° 1153. Normas Legales, N° 502666. Diario Oficial El Peruano, 12 de setiembre de 2013
- Díaz Kuaik, I., & De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: revisión y delimitación conceptual. *Summa Psicológica*, 16(1), 42-50. <https://doi.org/10.18774/0719-448x.2019.16.1.393>
- Díaz-Victoria, A. (2020). Elementos para comprender la discriminación y agresiones en contra de personal sanitario durante la pandemia de COVID-19. *Revista de La*

Universidad Industrial de Santander Salud, 52(3).

<https://doi.org/10.18273/revsal.v52n3-2020012>

Dominguez, A., Martínez, R., Herdoiza, P., Bautista, E., de la Rosa, A., Castellanos, R., Lacomba, L., Mateu, J., Lupercio, M., Figueroa, J., & Ramírez, F. (2022). E-Health Psychological Intervention for COVID-19 Healthcare Workers: Protocol for its Implementation and Evaluation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12749. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912749>

Eleres, F. B., Abreu, R., Magalhães, F. J., Rolim, K., Cestari, V., & Moreira, T. (2021). Coronavirus infection has reached Brazil, what now? Nurses' emotions. *Revista brasileira de Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1154>

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical Model: A challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 129-136. <https://www.science.org/doi/10.1126/science.847460>

Engel, G. L. (1980). The clinical application of the Biopsychosocial Model. *Journal Medicine Philos.*, 6, 101-125. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7369396/>

Espinoza, C. & Ramírez, R. (2021). Microsistemas de interacción. Agresiones al personal sanitario en la pandemia por COVID-19 en México. *Revista del Magíster en Análisis Sistémico Aplicable a la Sociedad*, (45), 46-60. <https://revistas.uchile.cl/index.php/RMAD/article/view/65871>

Espinoza-Ascurra, G., Gonzáles-Graus, I., Meléndez-Marón, M., & Cabrera, R. (2021). Prevalencia y Factores Asociados con Depresión en Personal de Salud Durante la Pandemia de SARS-CoV-2 en el Departamento de Piura, Perú. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 53(1), 63–72. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.11.005>

- Fernández, J.M., & Calderón, G. (2017). Modelo Demandas-Control-Apoyo social en el estudio del estrés laboral en el Perú. *Revista Médica Herediana*, 28 (4), 281-282. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v28i4.3233>
- Figueroa, R. (2020). El impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 en el personal de salud: Un panorama preocupante. *ARS MÉDICA Revista De Ciencias Médicas*, 45(3), 3–5. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v45i3.1741>
- Fromm, E. (1961). El concepto humanista de la salud mental. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 3(12). <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/73207/64586>
- Fukuti, P., Uchôa, C., Mazzoco, M. F., Cruz, I., Echegaray, M., Humes, E. C., Silveira, J. B., Santi, T. D., Miguel, E. C., Corchs, F., COMVC-19 program, Fatori, D., Campello, G., Oliveira, G. M., Argolo, F. C., Ferreira, F. M., Machado, G., Argeu, A., Oliveira, G., Serafim, A. P., ... Barros-Filho, T. (2021). COMVC-19: A Program to protect healthcare workers' mental health during the COVID-19 Pandemic. *What we have learned. Clinics (Sao Paulo, Brazil)*, 76. <https://doi.org/10.6061/clinics/2021/e2631>
- Gamboa, L., Becerra, K., López, Y., & Goicochea, E. (2021). Nivel de resiliencia del personal de salud frente a la pandemia por Covid-19. *Revista Del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 14(Sup1), 49–54. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.14Sup1.1170>
- Gamboa-Moreno, L., Becerra-Rodríguez, K., Lopez-Vergara, Y. & Goicochea-Ríos, E. (2021). Nivel de resiliencia del personal de salud frente a la pandemia por Covid-19. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 14, 49-54. <https://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.14sup1.1170>

- García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pardo, A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V., Freire, O., & Rejas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health and quality of life outcomes*, 8 (8). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-8>
- García-Fernández, L., Romero-Ferreiro, V., López-Roldán, PD, Padilla, S., Calero-Sierra, I., Monzó-García, M., Pérez-Martín, J., & Rodríguez-Jiménez, R. (2020). Impacto en la salud mental de la pandemia de COVID-19 en los trabajadores sanitarios españoles. *Medicina Psicológica*, 1–3. <https://doi.org/10.1017/S0033291720002019>
- García-Saisó, S., Marti, M., Brooks, I., Curioso, W., González, D., Malek, V., Medina, F. M., Radix, C., Otzoy, D., Zacarías, S., Dos Santos, E. P., & D'Agostino, M. (2021). Infodemia en tiempos de COVID-19. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.89>
- Giardino, D. L., Huck-Iriart, C., Riddick, M., & Garay, A. (2020). The endless quarantine: the impact of the COVID-19 outbreak on healthcare workers after three months of mandatory social isolation in Argentina. *Sleep Medicine*, 76, 16–25. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.09.022>
- Gordillo, V., Ferrer, M., Burbano, C. E., & Merino, P. (2019). Agresiones externas a personal sanitario en centros de salud de atención primaria en la ciudad de Ibarra. *Espirales Revistas Multidisciplinaria de Investigación Científica*, 3(29). <https://www.redalyc.org/journal/5732/573263328014/>
- Gutiérrez, R. (2020). Propuesta de atención para los servicios de psicoterapia en línea (telepsicoterapia) derivados del Covid-19 en México. *Revista Psicología y Salud*, 30(1). <https://doi.org/10.25009/pys.v30i1.2640>

- Han, S., Yeun, Y., & Roh, H. (2023). The Impact of Resilience on Post-Traumatic Growth among Nurses in COVID-19-Designated Hospitals: The Mediating Effect of Meaning in Life. *Healthcare*, *11*(21), 2895. <https://doi.org/10.3390/healthcare11212895>
- Hannemann, J., Abdalrahman, A., Erim, Y., Morawa, E., Jerg-Bretzke, L., Beschoner, P., Geiser, F., Hiebel, N., Weidner, K., Steudte-Schmiedgen, S., & Albus, C. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of medical staff considering the interplay of pandemic burden and psychosocial resources-A rapid systematic review. *PloS One*, *17*(2) <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264290>
- Harandi, T. F., Taghinasab, M. M., & Nayeri, T. D. (2017). The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electronic physician*, *9*(9), 5212–5222. <https://doi.org/10.19082/5212>
- Hegarty, S., Lamb, D., Stevelink, S., Bhundia, R., Raine, R., Doherty, M., Scott, H., Marie, A., Williamson, V., Dorrington, S., Hotopf, M., Razavi, R., Greenberg, N., & Wessely, S. (2022). ‘It hurts your heart’: frontline healthcare worker experiences of moral injury during the COVID-19 pandemic. *European Journal of Psychotraumatology*, *13*(2). <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2128028>
- Hernández, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, *24*(3), 578-594. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930432020000300578&lng=es&tlng=es
- Horta, R., Camargo, E., Barbosa, M., Lantin, P., Sette, T., Lucini, T., Silveira, A., Zanini, L., & Lutzky, B. (2021). O estresse e a saúde mental de profissionais da linha de frente da COVID-19 em hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *70*(1). <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000316>

- Hou, T., Yin, Q., Xu, Y., Gao, J., Bin, L., Li, H., Cai, W., Liu, Y., Dong, W., Deng, G., & Ni, C. (2021). The Mediating Role of Perceived Social Support Between Resilience and Anxiety 1 Year After the COVID-19 Pandemic: Disparity Between High-Risk and Low-Risk Nurses in China. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 666789. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.666789>
- Hou, T., Zhang, T., Cai, W., Song, X., Chen, A., Deng, G., & Ni, C. (2020). Social support and mental health among health care workers during Coronavirus Disease 2019 outbreak: A moderated mediation model. *PloS One, 15*(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233831>
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 37*(2), 327–334. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Huarcaya-Victoria, J., Villarreal-Zegarra, D., Podestà, A., & Luna-Cuadros, M. A. (2022). Psychometric Properties of a Spanish Version of the Fear of COVID-19 Scale in General Population of Lima, Peru. *International journal of mental health and addiction, 20*(1), 249–262. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00354-5>
- Iglesias, S & Acosta, J. (2020). Estrés postraumático en trabajadores de la salud y COVID-19. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales, 23* (3), 363-365. <https://dx.doi.org/10.12961/aprl.2020.23.03.06>
- Indacochea-Cáceda, S., Torres-Malca, J., Vera-Ponce, V. & De La Cruz-Vargas, J. (2021). El Miedo y la Ansiedad ante la muerte en los médicos de varios países latinoamericanos durante la pandemia del Covid-19. *Revista Uruguaya de Medicina Interna, 6*(3), 49-58. <https://doi.org/10.26445/06.03.5>
- Irish, L., Dougall, A., Delahanty, D., & Hall, M. (2013). The impact of sleep complaints on physical health and immune outcomes in rescue workers: a 1-year prospective

- study. *Psychosomatic medicine*, 75(2), 196–201.
<https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31827d85ab>
- Isuiza, D., Carhuacho, I., Mejía, H., & Miranda, B. (2023). Satisfacción laboral del personal de salud durante la emergencia sanitaria en Latinoamérica. *Revista de Ciencias Sociales*, 29(1), 344–356.
<https://doi.org/10.31876/rcs.v29i1.39755>
- Jáuregui Renaud, K., Cooper-Bribiesca, D., Martínez-Pichardo, E., Miguel Puga, J. A., Rascón-Martínez, D. M., Sánchez Hurtado, L. A., Colin Martínez, T., Espinosa-Poblano, E., Anda-Garay, J. C., González Diaz, J. I., Cardeña, E., & Avelar Garnica, F. (2021). Acute Stress in Health Workers during Two Consecutive Epidemic Waves of COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 206. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010206>
- Johnson, M.C., Saletti-Cuesta, L., & Tumas, N. (2020). Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Ciênc. saúde Coletiva*, 25 (suppl 1). <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10472020>
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., Wang, Y., Hu, J., Lai, J., Ma, X., Chen, J., Guan, L., Wang, G., Ma, H., & Liu, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The lancet. Psychiatry*, 7(3), e14. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X)
- Karasek, R.A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude and Mental Strain; Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308.
<https://doi.org/10.2307/2392498>
- Kontoangelos, K., Economou, M., & Papageorgiou, C. (2020). Mental Health Effects of COVID-19 Pandemia: A Review of Clinical and Psychological Traits. *Psychiatry Investigation*, 17(6), 491–505. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0161>

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kuhlmann, E., Brînzac, M. G., Burau, V., Correia, T., & Ungureanu, M. I. (2021). Health workforce protection and preparedness during the COVID-19 pandemic: a tool for the rapid assessment of EU health systems. *European Journal of Public Health*, 31(4). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab152>
- Labrague, L. J. (2021). Psychological resilience, coping behaviours and social support among health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review of quantitative studies. *Journal of Nursing Management*, 29(7), 1893-1905. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8250179/>
- Leiva- Peña., V, Rubí-González, P., & Vicente-Parada, B. (2021). Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, e158. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158>
- Lobos, M.E., & Gutiérrez, J.R. (2020). Adaptación psicométrica de la escala de ansiedad y depresión de Goldberg en una muestra salvadoreña. *Revista Entorno*, 87-98.
- Londoño, O.L., Maldonado, L.F., & Calderón, L.C. (2016). *Guía para construir estados del arte*. International Corporation of Network of Knowledge, ICONK.
- Lozano-Vargas, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(1), 51-56. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000100051

- Luo, M., Guo, L., Yu, M., Jiang, W., & Wang, H. (2020). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and public - A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, *291*, 113190. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113190>
- Macaya, X., Pihan, R., & Vicente, B. (2018). Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario. *Humanidades Médicas*, *18*(2), 338-355. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202018000200338&lng=es&tlng=es
- Macoir, J., Hudon, C., Tremblay, M., Laforce, R., & Wilson, M. (2019). The contribution of semantic memory to the recognition of basic emotions and emotional valence: Evidence from the semantic variant of primary progressive aphasia. *Social Neuroscience*, *14*(6), 705–716. <https://doi.org/10.1080/17470919.2019.1577295>
- Mamani-Benito, O., Carranza, R., Ventura-León, J., Caycho-Rodríguez, T., Farfán., R., & Blanco, D. (2021). Effect of concern about COVID-19 on professional self-efficacy, psychological distress, anxiety, and depression in Peruvian health personnel. *Salud Mental*, *44*(5), 215-220. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2021.028>
- Maner, J. K., & Kenrick, D. T. (2010). When Adaptations Go Awry: Functional and Dysfunctional Aspects of Social Anxiety. *Social Issues and Policy Review*, *4*(1), 111–142. <https://doi.org/10.1111/j.1751-2409.2010.01019.x>
- Martin, J., Poblete, R., Serpa, P., Mula, A., Carrillo, I., Fernández, C., Vicente, M., Loudet, C., Jorro, F., Garcia, E., Guilabert, M., & Mira, J. (2022). Contributing factors for acute stress in healthcare workers caring for COVID-19 patients in Argentina, Chile, Colombia, and Ecuador. *Scientific Reports*, *12*(1), 8496. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-12626-2>

- Martínez, F., Azkoul, M., Rangel, C., Sandia, I. & Pinto, S. (2020). Efectos de la pandemia por COVID – 19 en la salud mental de trabajadores sanitarios del estado Mérida, Venezuela. *GICOS*, 5(e2), 77-88.
- Mazzeo, C. (2020). *Personal sanitario de la región diezmado por COVID-19*. Sci Dev.Net. <https://www.scidev.net/america-latina/news/personal-sanitario-de-la-region-diezmado-por-covid-19/>
- Medina-Ortiz, O. Araque-Castellanos, F., Ruiz-Domínguez, L., Riaño-Garzón, M., & Bermudez, V. (2020). Trastornos del sueño a consecuencia de la pandemia por COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [online]*, 37(4). <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.374.6360>
- Mendonca, V. S., Steil, A., & Góis, A. (2021). Mental health and the COVID-19 pandemic: a study of medical residency training over the years. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*, 76, e2907. <https://doi.org/10.6061/clinics/2021/e2907>
- Mendonça, V. S., Steil, A., & Teixeira de Gois, A. F. (2021). COVID-19 pandemic in São Paulo: a quantitative study on clinical practice and mental health among medical residency specialties. *Sao Paulo Medical Journal*, 139(5), 489–495. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2021.0109.R1.27042021>
- Mertens, G., Gerritsen, L., Duijndam, S., Salemink, E., & Engelhard, I. M. (2020). Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. *Journal of Anxiety Disorders*, 74, 102258. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102258>
- Miguel-Puga, J. A., Cooper-Bribiesca, D., Avelar-Garnica, F. J., Sánchez-Hurtado, L. A., Colin-Martínez, T., Espinosa-Poblano, E., Anda-Garay, J. C., González-Díaz, J. I., Segura-Santos, O. B., Vital-Arriaga, L. C., & Jáuregui-Renaud, K. (2021). Burnout, depersonalization, and anxiety contribute to post-traumatic stress in

- frontline health workers at COVID-19 patient care, a follow-up study. *Brain and Behavior*, 11(3), e02007. <https://doi.org/10.1002/brb3.2007>
- Miller, L., & Smith, A. (2010). *Los distintos tipos de estrés*. American Psychological Association.
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2018). *NTS N°139— MINSA/2018/DGAIN Norma Técnica De Salud Para La Gestión De La Historia Clínica*. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/969231/rm_214-2018_minsa.pdf
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2019). *Norma Técnica de Salud N° 155-MINSA/2019/DGAIN: Uso y especificaciones técnicas de la indumentaria de trabajo para el personal técnico y auxiliar asistencial de la salud en las instituciones prestadoras de servicios de salud*. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/07/1005707/rm-599-2019-minsa.pdf>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2020a). *SITUACIÓN ACTUAL “COVID-19”*: al 19 de mayo 2020 [Diapositivas de PowerPoint]. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/covid/sala-situacional/coronavirus190520.pdf>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2020b). *Guía técnica: Cuidado de la salud mental de la población afectada, familias y comunidad, en el contexto del COVID-19*[Archivo PDF] <https://www.unicef.org/peru/media/7751/file/Cuidado%20de%20la%20salud%20mental%20en%20el%20contexto%20del%20COVID-19.pdf>
- Miranda, G. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental? *Utopía Y Praxis Latinoamericana*, 23(83), 86-95. <https://www.redalyc.org/journal/279/27957772009/html/>
- Monterrosa, A., González, A., y Beltrán, T. (2021). Percepción de discriminación en un grupo de médicos generales colombianos durante la pandemia del COVID-19 y

- su relación con factores laborales y psicológicos. *Revista Salud Uninorte*, 36 (1), 25-45. <https://doi.org/10.14482/sun.36.1.616.2>
- Monterrosa-Castro, Á., Dávila-Ruiz, R., Mejía-Mantilla, A., Contreras-Saldarriaga, J., Mercado-Lara, M., & Flores-Monterrosa, C. (2020). Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB*, 23(2), 195-213. <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/3890>
- Moreno, A., DeSousa, D., Souza, A., Manfro, G., Salum, G., Koller, S., Osório, F. & Crippa, J. (2016). Factor structure, reliability, and item parameters of the brazilian-portuguese version of the GAD-7 questionnaire. *Temas em Psicologia*, 24(1), 367-376. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2016.1-25>
- Mota, I., Oliveira, G., Morais, I., & Dantas, T. (2021). Impact of COVID-19 on eating habits, physical activity and sleep in Brazilian healthcare professionals. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 79(5), 429-436. <https://doi.org/10.1590/0004-282X-ANP-2020-0482>
- Naranjo, T. & Poveda, S. (2021). Conductas ansiógenas y depresivas en el personal de salud de Ecuador ante la emergencia covid-19. *Revista Médica Electrónica*, 43(5). <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1352118>
- Obando, R., Arévalo-Ipanaqué, J., Aliaga, R., & Obando, M. (2020). Ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia Covid-19. *Index de Enfermería*, 29(4), 225-229. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000300008
- Orellano, C., & Macavilca, M. (2020). Peruvian Guideline to Care the Mental Health of Health Providers During COVID-19 Pandemic. *International Journal of Health Policy and Management*. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.107>

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1952). *Comité de Expertos en Higiene Mental: informe de la segunda reunión, Ginebra.*
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/38043>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). *Promoción de la Salud Mental.*
https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018, 30 de marzo). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Determinantes de la salud mental.*
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020a, 27 de abril). *COVID-19: Cronología de la actuación de la OMS.* <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020b, 19 de agosto). *Consideraciones para la cuarentena de los contactos de casos de COVID-19.*
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333968/WHO-2019-nCoV-IHR_Quarantine-2020.3-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020c, 08 de octubre). “*No hay salud sin salud mental*”. <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020d). *Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health: interim guidance, 19 March 2020.* <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331510>

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020e , 17 de setiembre). *OMS: Garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud para preservar la de los pacientes* [Comunicado de prensa]. <https://www.who.int/es/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020f). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. World Health Organization.* <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022a). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard.* https://covid19.who.int/?gclid=CjwKCAjwNf6BRAwEiwAkt6UQiBc6w5D6BwdPiVE-vFZdv1MeCyVJ9tLl_pLUOdb4h9O00-A1NRTIhoC7W4QAvD_BwE
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022b, 17 de enero). *Tracking SARS-CoV-2 variants.* <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022c, 16 de marzo). *Mental health in emergencies.* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2016). *Protección de la salud mental y atención psicosocial en situaciones de epidemias.* <https://www.paho.org/disasters/dmdocuments/SM%20en%20epidemias.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020a). *Enfermedad por el Coronavirus (COVID-19).* <https://www.paho.org/es/enfermedad-por-coronavirus-covid-19>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020b, 31 de agosto). *Alerta epidemiológica: COVID-19 entre trabajadores de la salud.* <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53103>

- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020c). *COVID-19 Respuesta de la OPS/OMS*. 18 de mayo del 2020. Informe n°8 (18 de mayo del 2020).
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52434/COVID-19SitRep8_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020d). *Respuesta de la OPS/OMS*. Julio del 2022. Informe n°80 (31 de julio del 2021).
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56298/COVID-19SitRep80_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2021). *COVID-19 Respuesta de la OPS/OMS*. 11 de enero del 2021. Informe n°40 (11 de enero del 2021).
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53235/COVID-19SitRep40_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2021). *COVID-19 Respuesta de la OPS/OMS*. 11 de enero del 2021. Informe n°40 (11 de enero del 2021).
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53235/COVID-19SitRep40_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2021a, 23 de julio). *Infografía: COVID-19 y la protección de la salud mental de los trabajadores de la salud*.
<https://www.paho.org/es/documentos/infografia-covid-19-proteccion-salud-mental-trabajadores-salud>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2021b). *COVID-19 Respuesta de la OPS/OMS*.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53235/COVID-19SitRep40_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2022). *COVID-19 Respuesta de la OPS/OMS*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56298/COVID-19SitRep80_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2022a, 11 enero). *The COVID-19 Health care workers Study (HEROES)*. Informe Regional de las Américas. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55563>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (s.f.). *La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia*. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15756:who-characterizes-covid-19-as-a-pandemic&Itemid=1926&lang=es
- Orsini, M., Stephanie, J., Azizi, M., Cardoso, C., Castro, R., Santos, N., & Fernandes, J. (2020). Insomnia During the COVID-19 Outbreak in Brazil. *Revista de Saúde*, 11(1), 84–86. <https://doi.org/10.21727/rs.v11i1.2336>
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901–907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Pascual, A. & Conejero, S. (2019). Regulación emocional y afrontamiento: Aproximación conceptual y estrategias. *Revista Mexicana de Psicología*, 36 (1), 74-83. <https://www.redalyc.org/journal/2430/243058940007/html/>
- Paula, A., Carletto, A., Lopes, D., Ferreira, J. C., Tonini, N. S., & Trecossi, S. (2021). Reactions and feelings of health professionals in the care of hospitalized patients with suspected covid-19. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 42(spe), e20200160. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200160>

- Pazmiño, E., Alvear, M., Saltos, I., & Pazmiño, D. (2021). Factors associated with psychiatric adverse effects in healthcare personnel during the COVID-19 pandemic in Ecuador. *Revista Colombiana de Psiquiatría (English ed.)*, 50(3), 166–175. <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2020.12.001>
- Peñañiel-León, J., Ramírez, A., Mesa-Cano, I., & Martínez-Suárez, P. (2021). Impacto psicológico, resiliencia y afrontamiento del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40 (3), 202-211. <https://www.redalyc.org/journal/559/55969712001/html/>
- Pires, B., Bosco, P., Nunes, A., Menezes, R., Lemos, P, Ferrão, C., & Santos, R. (2021). Qualidade de vida dos profissionais de saúde pós-covid-19: um estudo transversal. *Cogitare Enfermagem*, 26, e78275. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.78275>
- Queiroz, A., Sousa, A., Moreira, W., De Sousa, M., Santos, M., Barbossa, L., Rezio, L., Zerbetto, S., Marcheti, P., Nasi, C. & Oliveira, E. (2021). O ‘NOVO’ da COVID-19: impactos na saúde mental de profissionais de enfermagem? *Acta Paulista de Enfermagem*, 34. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02523>
- Ramírez-Ortiz, Jairo, Castro-Quintero, Diego, Lerma-Córdoba, Carmen, Yela-Ceballos, Francisco, & Escobar-Córdoba, Franklin. (2020). Consecuencias en la salud mental de la pandemia de COVID-19 asociadas al aislamiento social. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 48 (4), e301. <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
- Ramos, C. (2023). Relaciones de red del complejo estigma-discriminación y el miedo a la COVID-19 durante la segunda ola pandémica en adultos peruanos. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 52(1), 5-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8219388/>

- Ran, L., Chen, X., Wang, Y., Wu, W., Zhang, L., & Tan, X. (2020). Risk Factors of Healthcare Workers with Coronavirus Disease 2019: A Retrospective Cohort Study in a Designated Hospital of Wuhan in China. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 71(16), 2218–2221. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa287>
- Real-Ramírez, J., García-Bello, L., Robles-García, R., Martínez, M., Adame-Rivas, K., Balderas-Pliego, M., García-Alfaro, C., Pérez-Cabañas, E., Sierra-Medina, S., Romero-González, M., & Alcocer-Castillejos, N. (2020). Well-being status and post-traumatic stress symptoms in health workers attending mindfulness sessions during the early stage of the COVID-19 epidemic in Mexico. *Salud Mental*, 43(6), 303-310. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2020.041>
- Restrepo, D., & Jaramillo, J. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202-21. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a09.pdf>
- Robles, R., Morales-Chainé, S., Bosch, A., Astudillo-García, C., Feria, M., Infante, S., Alcocer-Castillejos, N., Ascencio, L., Real-Ramírez, J., Díaz, D., Gómez-Estrada, H. F., Becerra, C., Escamilla, R., López-Montoya, A., Beristain-Aguirre, A., Vega, H., Álvarez-Icaza, D., Rodríguez, E., Durand, S., Fresán, A., ... Madrigal de León, E. Á. (2021a). Mental Health Problems among COVID-19 Frontline Healthcare Workers and the Other Country-Level Epidemics: The Case of Mexico. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 421. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010421>
- Robles, R., Palacios, M., Rangel, N., Real, T., Becerra, B., Fresán, A., Vega, H., Rodríguez, E., Durand, S., & Madrigal, E. (2020). A qualitative assessment of psycho-educational videos for frontline COVID-19 healthcare workers in

Mexico. *Salud mental*, 43(6), 311-318. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2020.042>

Robles, R., Rodríguez, E., Vega-Ramírez, H., Álvarez-Icaza, D., Madrigal, E., Durand, S., Morales-Chainé, S., Astudillo, C., Real-Ramírez, J., Medina-Mora, M. E., Becerra, C., Escamilla, R., Alcocer-Castillejos, N., Ascencio, L., Díaz, D., González, H., Barrón-Velázquez, E., Fresán, A., Rodríguez-Bores, L., Quijada-Gaytán, J. M., ... Reyes-Terán, G. (2021b). Mental health problems among healthcare workers involved with the COVID-19 outbreak. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999)*, 43(5), 494–503. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1346>

Saldivia, Sandra, Aslan, Joseph, Cova, Félix, Vicente, Benjamín, Inostroza, Carolina, & Rincón, Paulina. (2019). Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. *Revista médica de Chile*, 147(1), 53-60. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000100053>

Sánchez, A.R., & de la Fuentes, V. (2020). Estandarización, adaptación y validación de pruebas psicométricas: diferencias necesarias. *Anales de Pediatría*, 93(5), 353-354.

Sánchez, H.H., Reyes, C., & Mejía, K. (2018). *Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística*. Universidad Ricardo Palma.

Santamaría, M.D., Etxebarria N.O., Rodriguez I.R, Albondiga-Mayor J.J. & Gorrochategui M.P. (2020). Impacto psicológico del COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 14(2), 106–112. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.05.004>

Santos, I., Tavares, B., Munhoz, T., Almeida, L., Silva, N., Tams, B., Patella, A., & Matijasevich, A. (2013). Sensibilidade e especificidade do Patient Health

- Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(8), 1533–1543. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00144612>
- Santos, K., Galvao, M., Gomes, S., Souza, T., Medeiros, A., & Barnosa, I. (2021). Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da covid-19. *Escola Anna Nery*, 25. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0370>
- Serrano, M.J. (2020). Impacto de los brotes epidémicos virales en la salud mental de los trabajadores de la salud: una revisión sistemática rápida y un metanálisis. *Revista de Trastornos Afectivos*, 347-357.
- Silva-Junior, J., Cunha, A., Lourencao, D., Silva, S., Silva, R., Faria, M., Mininel, V., Almeida, M., Baptista, P. & Gallasch, C. (2021). Occupational psychosocial stressors and mental distress among healthcare workers during COVID-19 pandemic. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2021AO6281
- Sol-Pastorino M, Vanegas-López J, & Florenzano-Urzúa, R. (2017). Salud mental con perspectiva de género. *Salud Pública de México*, 59 (6), 601-602. <https://doi.org/10.21149/8508>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166 (10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Taylor, S., Landry, C. A., Rachor, G. S., Paluszek, M. M., & Asmundson, G. J. (2020). Fear and avoidance of healthcare workers: An important, under-recognized form of stigmatization during the COVID-19 pandemic. *Journal of Anxiety Disorders*, 75, 102289. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7434636/>

- Tolsa, M.D., & Malas, O. (2021). COVID-19 Impacto Psicológico, Factores de Riesgo e Intervenciones Psicológicas en el Personal Sanitario. Una Revisión Sistemática. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 12(2), 58-75. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8000959>
- Torales, J, Barrios, I, & Moreno, M. (2017). Modelos explicativos en psiquiatría. *Revista Científica de la UCSA*, 4(3), 59-70. [https://dx.doi.org/10.18004/ucsa/2409-8752/2017.004\(03\)059-070](https://dx.doi.org/10.18004/ucsa/2409-8752/2017.004(03)059-070)
- Tornquist, M., & Miles, E. (2023). Trait self-control and beliefs about the utility of emotions and emotion regulation in self-control performance. *Self and Identity*, 22(4), 639–668. <https://doi.org/10.1080/15298868.2022.2146183>
- Torres, V., Farias, J.D., Reyes, L.A., & Guillen, C. (2020). Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con COVID-19. *Rev. Mex.*, 80(3). <https://doi.org/10.48193/rmu.v80i3.653>.
- Travetto, C., Daciuk, N., Fernández, S., Ortiz, P., Mastandueno, R., & Prats, M. (2015). Agresiones hacia profesionales en el ámbito de la salud. *Rev Panam Salud Publica*, 38(4), 307–15.
- Trelles, M., & Martínez-Carpio, P. (2020). ¿Se acaba la crisis del coronavirus? Carencias en la sanidad y en la política. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(3), 349-350. <https://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i3.3030>
- Urzúa, A., Samaniego, A., Caqueo-Urizar, A., Zapata Pizarro, A., & Irrázaval, M. (2020). Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile. *Revista Médica de Chile*, 148(8). <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000801121>

- Vaca, D., & Mayorga, D. (2021). Estados emocionales y su relación con el insomnio en el personal de salud durante pandemia. *Enfermería Investiga*, 6(1), 20–26.
<https://doi.org/10.31243/ei.uta.v6i1.1023.2021>
- Valdez, P., Cámara, L., De la Serna, M., Abuabara, Y., Carballo, V., & Hernández, H. (2020). Ataque al personal de la salud durante la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica. *Acta Médica Colombiana [Internet]*, 45(3), 55-69.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482020000300055&lng=pt&tlng=es
- Valério, R., Oliveira, E., Mauro, M., Zeitoune, R., Higa, G. & Dias, L. (2021). Covid-19 e burnout em enfermeiros residentes de um hospital universitário / Covid-19 and burnout in resident nurses at a university hospital / Covid-19 y burnout en enfermeros residentes de un hospital universitario. *Revista Enfermagem UERJ*, 29. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1354033>
- Vázquez-Colunga, J., Pando-Moreno, M., Colunga-Rodríguez, C., Preciado-Serrano, M., Orozco-Solís, M., Ángel-González, M., & Vázquez-Juárez, C. (2017). Saúde Mental Positiva Ocupacional: proposta de modelo teórico para abordagem positiva da saúde mental no trabalho. *Saúde e Sociedade*, 26(2), 584-595.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902017169061>
- Ventura, J.L. (2017). La importancia de reportar la validez y confiabilidad en los instrumentos de medición: Comentarios a Arancibia. *Revista Médica de Chile*, 145(7). <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000700955>
- Vieta, E., Pérez, V., & Arango, C. (2020). Psychiatry in the aftermath of COVID-19. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 13(2), 105–110.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.04.004>

- Vignola, R. C., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders, 155*, 104–109. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>
- Villarreal-Zegarra, D., Copez-Lonzoy, A., Bernabé-Ortiz, A., Melendez-Torres, G. J., & Bazo-Alvarez, J. C. (2019). Valid group comparisons can be made with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A measurement invariance study across groups by demographic characteristics. *PloS one, 14*(9), e0221717. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221717>
- Vindegaard, N., & Benros, M. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, behavior, and immunity, 89*, 531–542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
- Vizheh, M., Qorbani, M., Arzaghi, S. M., Muhidin, S., Javanmard, Z., & Esmaeili, M. (2020). The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders, 19*(2), 1–12. <https://doi.org/10.1007/s40200-020-00643-9>
- Vlassi, A., Vitkos, E., Michailidou, D., Lykoudis, P., Kioroglou, L., Kyrgidis, A., Tilaveridis, I., & Dardavesis, T. (2023). Stress, Professional Burnout, and Employee Efficiency in the Greek National Organization for the Provision of Health Services. *Clinics and Practice, 13*(6), 1541–1548. <https://doi.org/10.3390/clinpract13060135>
- Wang, J., Zhou, M., & Liu, F. (2020). Reasons for healthcare workers becoming infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. *The Journal of Hospital Infection, 105*(1), 100–101. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.03.002>
- Woon, L. S., Mansor, N. S., Mohamad, M. A., Teoh, S. H., & Leong Bin Abdullah, M. (2021). Quality of Life and Its Predictive Factors Among Healthcare Workers

- After the End of a Movement Lockdown: The Salient Roles of COVID-19 Stressors, Psychological Experience, and Social Support. *Frontiers in Psychology*, 12, 652326. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.652326>
- Wren-Lewis, S., & Alexandrova, A. (2021). Mental Health Without Well-being. *J Med Philos.*, 46(6), 684-703. 10.1093/jmp/jhab032. PMID: 34668012; PMCID: PMC8643588.
- Yáñez, J. A., Afshar Jahanshahi, A., Alvarez-Risco, A., Li, J., & Zhang, S. X. (2020). Anxiety, Distress, and Turnover Intention of Healthcare Workers in Peru by Their Distance to the Epicenter during the COVID-19 Crisis. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 103(4), 1614–1620. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0800>
- Yupari, I., Díaz, J., Azabache, K., & Bardales, L. (2022). Modelo logístico de factores asociados al Síndrome de Burnout en el personal de salud. *Enfermería Global*, 21(4), 144–171. <https://doi.org/10.6018/eglobal.512491>
- Zerach, G., & Levi, Y. (2021). Moral injury and mental health outcomes among Israeli health and social care workers during the COVID-19 pandemic: a latent class analysis approach. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1945749>
- Zhang, W. R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W. F., Xue, Q., Peng, M., Min, B. Q., Tian, Q., Leng, H. X., Du, J. L., Chang, H., Yang, Y., Li, W., Shangguan, F. F., Yan, T. Y., Dong, H. Q., Han, Y., Wang, Y. P., Cosci, F., & Wang, H. X. (2020). Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychotherapy and psychosomatics*, 89(4), 242–250. <https://doi.org/10.1159/000507639>

5 ANEXO

Anexo 1. FICHA DE DATOS

Autores	Título del documento	País	Tipo de estudio	Indexación	Tema Revisado	Muestra de estudio	Instrumentos utilizados	Resultados
Robles et al. (2021a)	Problemas de salud mental en trabajadores de salud de primera línea de COVID-19 y otras epidemias a nivel país: el caso de México.	México	Cuantitativo – correlacional, muestreo no probabilístico por conveniencia	PubMed	Factores protectores y de riesgo	5938 profesionales de la salud, distribuidos de la siguiente manera: 15.9 % médicos generales, 17.7 % médicos especialistas, 19.9 % enfermeros, 19.8 % psicólogos, 13.2 % estudiantes de pregrado en medicina y psicología, y 13.6 % otros.	Verificación de PTSD para DSM-5, el Physicians Well-Being Index, la Escala de Ansiedad de 5 ítems del estudio de campo para la APS CIE-11, los primeros ocho ítems del Cuestionario de Evaluación del Estado Actual de la SSOM y el cuestionario PHQ-2.	Altos índices de falta de sueño (52.1 %), depresión (37.7 %) y TEPT (37.5 %). La falta de tiempo de descanso como un predictor para el insomnio, mientras que el duelo por el fallecimiento de seres queridos o cercanos por la infección se asoció con la depresión. Además, se observó que las mujeres tenían una mayor probabilidad de desarrollar afectaciones de salud mental y la edad mostró ser un factor protector para los problemas mentales en toda la muestra.
Urzúa et al. (2020)	Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por	Chile	Cuantitativo – correlacional, muestreo no probabilístico	SciELO	Factores protectores y de riesgo	125 trabajadores de la salud, donde el 25.6 % eran médicos, el 17.6 % enfermeros y el	Cuestionario PHQ-9, la escala GAD-7, el índice ISI-7 y la escala IES-R-22.	Síntomas de depresión (65.6 %), de ansiedad (74.4 %), insomnio (74.8 %), distrés (56.8 %) y 62.4 % indicó carencia de EPP. El personal femenino, los médicos y enfermeros exhibían una mayor incidencia de

	COVID-19 en Chile		o por conveniencia			56.8 % pertenecían a otras profesiones del área.		síntomas de depresión, ansiedad, insomnio y distrés en un grado severo. Además, el personal que estuvo expuesto al cuidado de pacientes con coronavirus presentó una sintomatología más pronunciada, especialmente en lo que respecta al insomnio y el estrés.
Pazmiño et al. (2021)	Factores asociados a efectos adversos psiquiátricos en personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador	Ecuador	Cuantitativo – correlacional, muestreo no probabilístico o por conveniencia	PubMed	Factores protectores y de riesgo	1028 participantes, de los cuales el 54.18 % eran médicos, el 33.94 % enfermeras, el 5.05 % psicólogos, el 2.82 % técnicos de laboratorio y el 3.98 % pertenecía a otras categorías.	Cuestionario PHQ-9, la escala GAD-7, el índice ISI-7 y la Escala de Impacto de Eventos (IES).	Síntomas moderados a severos de ansiedad (39.2 %), de depresión (27.3 %), TEPT (43.8 %) y de insomnio (16,3 %). Ejercer la profesión en uno de los territorios más afectados se correlacionó con la manifestación de síntomas depresivos, de TEPT y de insomnio; ser médico con un nivel educativo más alto se asoció con una sintomatología depresiva y de insomnio; el tener un EPP inadecuado se asoció con la manifestación de depresión y ansiedad. Finalmente, la pertenencia al sexo femenino se vinculó con sintomatología ansiosa. Tener entre 18 y 35 años se vinculó con síntomas de insomnio y ansiedad.
Paula et al. (2021)	Reacciones y sentimientos de profesionales de la salud en la atención de	Brasil	Cualitativo – muestreo no probabilístico o por	Scielo	Esfera psicológica de la salud mental	19 profesionales entre los cuales el 43 % eran técnicos de enfermería, el	Entrevista semiestructurada y, luego de sistematizar las respuestas, se hizo	La motivación principal para trabajar en la primera línea era la búsqueda de una mayor experiencia. Las emociones y sentimientos más comúnmente experimentados por el

	pacientes hospitalizados con sospecha de covid-19		convenienci a			24 % enfermeras, el 11 % fisioterapeutas y el 22 % médicos.	un análisis de contenido.	personal sanitario incluyeron el miedo, la ansiedad, la sensación de obligación, la preocupación por la muerte y la tristeza. Además, se destacó la presencia de prejuicios y discriminación hacia aquellos que trabajan en la primera línea, y se identificó que más de la mitad de los entrevistados intentaba mantener algunas actividades cotidianas, como la práctica de actividad física, la lectura y ver programas de televisión.
Gamboa et al. (2021)	Nivel de resiliencia del personal de salud frente a la pandemia por Covid-19.	Perú	Cuantitativo – descriptivo, muestreo no probabilístico o por conveniencia	SciELO	Esfera psicológica de la salud mental	106 trabajadores de salud entre los cuales el 40 % eran médicos, el 18.5 % enfermeros, el 13.8 % obstetras, el 16.9 % técnicos de enfermería y el 10.8 % personal de laboratorio.	Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild y Young.	En ambas instituciones médicas se constató un nivel significativamente alto de resiliencia que oscilaba entre el 95 % y 98 %, siendo el personal de enfermería, laboratorio y obstetricia quienes exhibieron el nivel notablemente más elevado de resiliencia (100 %), seguido de los técnicos en enfermería (94 %) que reportaron el segundo porcentaje más alto y de los médicos que (93 %).
Indacochea et al. (2021)	El miedo y la ansiedad ante la muerte en los médicos de varios países latinoamericanos durante la	Perú, México, Argentina, Colombia y Bolivia	Cuantitativo, muestreo no probabilístico o consecutivo	SciELO	Esfera psicológica de la salud mental	219 médicos de diversas especialidades, un 51.6% proveniente de Perú y un 48.4% de otros países.	Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS) y la Escala Modificada de Miedo a la Muerte de Collet-Lester	Síntomas de ansiedad (53.4 %), temor a su propia muerte (56.2 %) e inquietud ante el proceso de morir (79.5 %), esta última cifra más alta entre quienes brindaron servicios de salud a pacientes contagiados y aquellos con más años de

	pandemia del COVID-19.							experiencia. Además, el 80.8 % de los participantes expresó preocupación por la muerte de otras personas, esta destacó particularmente entre los médicos que trataron a personas que tenían el virus.
Monterrosa et al. (2021)	Percepción de discriminación en un grupo de médicos generales colombianos durante la pandemia del COVID-19 y su relación con factores laborales y psicológicos.	Colombia	Cuantitativo – Correlacional, muestreo no probabilístico o por conveniencia	Scielo	Esfera social de la salud mental	531 médicos colombianos, la mitad entre 20-30 años	Prueba de Estrés Laboral, las escalas FCV-19S y GAD-7, y un cuestionario sociodemográfico.	Percepción de discriminación (39 %), experimentación de angustia en el ámbito laboral y temían contagiarse a sí mismos y a sus familias (70 %); se sentía seguro y respaldado por sus superiores (23 %); expresó satisfacción con su trabajo 73%; además, hubo un nivel medio-alto de estrés laboral (30 % de los médicos) y ansiedad moderada-severa (40 %). El 40 % de los participantes reportaron percibir discriminación, lo cual se asoció de manera significativa con el miedo, la ansiedad y el estrés experimentado en el curso de la emergencia sanitaria.
De la Cruz et al. (2021)	Estado emocional y psicológico del personal de enfermería atacado durante la pandemia de	México, Argentina, Colombia, Honduras, Costa Rica y	Cuantitativo – descriptivo, muestreo no probabilístico o por conveniencia		Esfera social de la salud mental	310 trabajadores de enfermería	Encuesta desarrollada por los investigadores.	Dificultades para conciliar el sueño (33.4 %), ansiedad (29.2 %), síntomas depresivos (10.4 %), mayor apetito (8.8 %), el miedo al contagio (73.7 %) y el temor a contagiar a sus familiares (33.4 %). Experimentaron algún tipo de agresión o discriminación (79.6 %).

	COVID-19 en América Latina.	otros países latinos						
Pires et al. (2021)	Calidad de vida de los profesionales de la salud después del covid-19: un estudio transversal	Brasil	Cuantitativo – descriptivo, muestreo no probabilístico o por conveniencia	Scielo	Esfera social de la salud mental	476 profesionales de la salud, de los cuales el 79.2 % eran médicos y el 20.8 % formaban parte del equipo de enfermería.	Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF y un cuestionario sociodemográfico.	El dominio más comprometido fue el entorno (relacionado con el entorno del hogar, recursos financieros, ocio, entorno físico, entre otros.) y el dominio físico fue el menos comprometido (relacionado con el dolor, el malestar, la energía, la movilidad, la actividad, entre otros).
Naranjo y Poveda (2021)	Conductas ansiógenas y depresivas en el personal de salud de Ecuador ante la emergencia covid-19	Ecuador	Cuantitativo – descriptivo, muestreo por bola de nieve de tipo lineal	LILACS	Severidad de la afectación de la salud mental	400 profesionales pertenecientes a diversas áreas de la salud, donde el 44 % eran enfermeros, el 37.5 % médicos, el 8 % psicólogos, y el restante 10.5 % comprendía personal de laboratorio clínico, ginecología, odontología, terapia de lenguaje, obstetricia,	La escala HADS	45.5 % de caso probable de ansiedad y 46.25 % de problema de ansiedad, 34.5 % reportó caso probable de depresión y un 18 % problema de depresión. Los enfermeros presentaron mayor prevalencia de ansiedad (23.5 %), los médicos un caso probable de ansiedad (18.25 %)

						fisioterapia, terapia ocupacional, terapia de respiración y trabajo social.		
Obando et al. (2020)	Ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia Covid-19	Perú	Cuantitativo – descriptivo, muestreo no probabilístico o por cuotas	Scielo	Severidad de la afectación de la salud mental	126 enfermeros que trabajaban en el servicio de urgencias de 2 hospitales del sector público de tercer nivel ubicados en Lima-Callao	La escala DASS-21 y un cuestionario con preguntas sociodemográficas y laborales.	Ansiedad (39.1 %), ya sea leve, moderado o severo; depresión (24.6 %) y estrés (8.8 %). En cuanto a la depresión moderada y severa, los enfermeros de 35 a 47 años registraron un 7.9 %, mientras que los de 48 a 58 años un 12.5 %. En resumen, los profesionales de enfermería que trabajan en el área de emergencia y atienden a personas con sospecha de COVID-19 exhibieron niveles de ansiedad, seguidos por depresión y estrés. Las mujeres mostraron una sintomatología más pronunciada de ansiedad, depresión y estrés en contraste con los hombres.
Campos et al. (2021)	Síntomas relacionados con el trastorno mental en trabajadores de la salud durante la pandemia de	Brasil	Cuantitativo – correlacional, muestreo por bola de nieve	PubMed	Severidad de la afectación de la salud mental: Ansiedad,	1609 participantes del personal sanitario pertenecientes a diversas áreas de la salud.	Las escalas IES-R-22 y DASS-21	Síntomas de estrés (55.8 %), depresión (57.2 %), ansiedad (46.2 %), inseguridad (62.9 %) estaban presentes en todas las categorías ocupacionales. Trabajaron de manera presencial los médicos y enfermeras y de manera remota los psicólogos.

	COVID-19 en Brasil				depresión y estrés			
Chapa et al. (2021)	Frecuencia de trastorno por estrés agudo en el personal de salud de un hospital pediátrico de tercer nivel durante la Jornada Nacional de Sana Distancia para la prevención de la COVID-19.	México	Cuantitativo – observacional, muestreo no probabilístico por conveniencia	Scielo	Severidad de la afectación de la salud mental: Trastorno por Estrés Agudo	206 participantes, distribuidos en médicos de cabecera (29.1 %), médicos residentes (40.8 %) y personal de enfermería (30.1 %).	Escala TEA	El 88 % de los trabajadores sanitarios cumplieron con los criterios de sospecha de TEA, de los cuales 13.6 % indicaban riesgo de desarrollar Trastorno Postraumático. En relación con el TEA con la categoría de trabajo, no se encontraron diferencias significativas. No obstante, resulta relevante destacar que tanto médicos (41.7 %) como enfermeros (54.8 %) reportaron con mayor frecuencia la sensación de alerta ante el peligro. Además, el grupo con mayor incidencia en cada subescala de la prueba fue el de médicos residente, donde se resalta la incapacidad para dormir derivada de la ansiedad (56.7 %).
Jáuregui et al. (2021)	Estrés agudo en trabajadores de la salud durante dos oleadas epidémicas consecutivas de COVID-19.	México	Cuantitativo – correlacional, muestreo no probabilístico por conveniencia	PubMed	Severidad de la afectación de la salud mental: Trastorno por	138 participantes (Grupo I= 109, Grupo II= 29). Ambos grupos estuvieron conformados por trabajadores clínicos, trabajadores	La escala DES, HADS y CD-RISC; el cuestionario Maslach Burnout Inventory abreviada (MBI), los inventarios STAIsv y DD, el índice PSQI y el	En la fase inicial de la pandemia en abril de 2020, se presentó estrés agudo (64.9 %), disminuyendo y manteniéndose estable durante la segunda ola (43 % - 51 %), y luego disminuyó aún más con el inicio de la vacunación. Además, tras el seguimiento hasta febrero de 2021, se encontró una relación entre el

					Estrés Agudo	técnicos y de laboratorio y trabajadores de apoyo.	cuestionario SASRQ.	estrés agudo y la mala calidad del sueño.
Brito et al. (2021)	Impacto de la pandemia de COVID-19 en la calidad del sueño de los profesionales médicos en Brasil	Brasil	Cuantitativo – descriptivo, muestreo no probabilístico por conveniencia	SciELO	Severidad de la afectación de la salud mental: Alteraciones de sueño	332 médicos en la primera línea de casos sospechosos o confirmados de COVID-19 en Brasil.	Índices ISI-7 y PSQI, la escala GAD-7, el cuestionario PHQ-9 y la Escala de Impacto de Evento adaptada para COVID-19 (IES-COVID-19).	Ansiedad (75.8 %), depresión (73.1 %) y mala calidad de sueño (73.4 %). La mayoría de los médicos (65.6 %) tenían insomnio leve (37.2 %), insomnio moderado (23.3 %) e insomnio severo (5.1 %). Además, el 88 % de los médicos laboraban presencialmente en un sector con alta probabilidad de contactar a pacientes con COVID-19. De este porcentaje, el 64.1 % tenía miedo de contagiarse y/o transmitir esta enfermedad y el 61 % se sentía inseguro en su ambiente de trabajo
Mota et al. (2021)	Impacto de la COVID-19 en los hábitos alimentarios, la actividad física y el sueño de los profesionales de la salud brasileños	Brasil	Cuantitativo – descriptivo, muestreo no probabilístico por conveniencia	LILACS	Severidad de la afectación de la salud mental: Alteraciones de sueño	710 participantes, donde el 41.8 % eran médicos, el 13.5 % enfermeros, el 11.1 % fisioterapeutas y el 10.3 % técnicos de enfermería.	Índice ISI-7	El 74.3 % de los participantes experimentaron algún tipo de problema relacionado con el sueño, siendo un 30.3 % aquellos que tuvieron dificultades para conciliar el sueño y 42.3 % expresó insatisfacción con su actual patrón de sueño.

Giardino et al. (2021)	La cuarentena interminable: el impacto del brote de COVID-19 en los trabajadores de la salud tras tres meses de aislamiento social obligatorio en Argentina.	Argentina	Cuantitativo – correlacional, muestreo no probabilístico o por conveniencia	PubMed	Severidad de la afectación de la salud mental: Alteraciones de sueño	1059 participantes, de los cuales el 55.1 % eran médicos, el 11.4 % estaban en formación médica, el 7.5 % eran enfermeros y el 24.0 % pertenecían a otras categorías.	Índice ISI-7 y PSQI, algunos ítems del Inventario RBD de Innsbruck (ítems 1, 5 y 6), la Prueba de Incapacidad y Fatiga de Somnolencia-Vigilia (SWIFT) y la Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg (GADS).	Depresión (81 %) y mala calidad del sueño (84.7 %), ansiedad (76.5 %) e insomnio (73.7 %), la pertenencia al sexo femenino y el consumo de somníferos se asociaron con el insomnio, la ansiedad, la fatiga y la depresión en el tiempo en que se decretó el aislamiento social.
Gutiérrez (2020)	Propuesta de atención para los servicios de psicoterapia en línea (telepsicoterapia) derivados del Covid-19 en México	México	Propuesta	Psicología y Salud	Intervenciones	-	-	Propuesta que resalta las directrices acerca de la modalidad <i>online</i> a través de diversas pautas a tener en consideración al momento de brindar los servicios.
Ministerio de Salud (2020)	Guía técnica: Cuidado de la salud mental de la población afectada, familias y comunidad, en el contexto del COVID-19	Perú	Guía técnica	MINSA	Intervenciones	-	-	Guía que aborda aspectos generales sobre el trabajo y la salud mental, así como consideraciones específicas relacionadas con la emergencia por la enfermedad de COVID-19 para detectar posibles afectaciones de salud mental en el trabajador del sector salud. Se incluyó en los anexos el cuestionario SRQ

								abreviado y un formulario de diagnóstico situacional.
Robles (2020)	Evaluación cualitativa de videos psicoeducativos para personal de salud de primera línea ante el COVID-19 en México	México	Cualitativo – descriptivo exploratorio, muestreo por conveniencia por enfoque de intensidad	Scielo	Intervenciones	24 participantes trabajadores de la salud de primera línea.	Cuestionario sociodemográfico y encuesta relacionada con los videos.	Los videos basados en evidencia resultaron relevantes, aplicables y beneficiosos para su aplicación en la vida familiar, personal y laboral. Estos videos psicoeducativos estaban relacionados con los temas de <i>burnout</i> en profesionales sanitarios, técnicas de autocuidado, técnicas de higiene de sueño, técnicas de respiración, atención plena, relajación muscular, manejo adecuado de pacientes y guía del uso adecuado de EPP.
Fukuki et al. (2021)	COMVC-19: A Program to protect healthcare workers' mental health during the COVID-19 Pandemic.	Brasil	Programa	PubMed	Intervenciones	Trabajadores sanitarios en operación en línea (n=395), psicoterapia o psiquiatría (n=131), aplicación APP COMVC (n=913) y usuarios activos de la aplicación (n=704). del Hospital das Clínicas de la Facultad de	Escala de gravedad de la impresión clínica global (CGI-S), Sistema de información de medición de resultados informados por el paciente (PROMIS), Escala de calidad del sueño de un solo elemento, Medida de nivel emocional	Los síntomas más comúnmente reportados incluían ansiedad, depresión y problemas para conciliar el sueño. Los diagnósticos más frecuentes abarcaban trastornos de adaptación, ansiedad y trastornos del estado de ánimo. Después de la implementación multimodal del programa, los investigadores refirieron que las acciones preventivas y asistenciales contribuyeron a brindar un adecuado soporte psicológico y emocional a las personas que participaron en el programa, lo que

						Medicina de la Universidad de São Paulo (HCFMUSP) y se impartió de forma virtual.	de un solo elemento.	se estimó viable y eficaz para su implementación. Además, mencionaron que tanto la psicoterapia breve como la consulta psiquiátrica fueron altamente efectivas.
--	--	--	--	--	--	---	----------------------	---