



CARGA MENTAL EN TRABAJADORES SANITARIOS HOSPITALARIOS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19. REVISION BIBLOGRAFICA.

MASTER PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES.

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

TUTOR: JOSE VICENTE TOLEDO MARHUENDA

ALUMNA: MARIA SACRISTAN ROMAN.

Convocatoria septiembre 2022





INFORME DEL DIRECTOR DEL TRABAJO FIN MASTER DEL MASTER UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

D/D^a JOSE VICENTE TOLEDO MARHUENDA Tutor/a del Trabajo Fin de Máster,
titulado *CARGA MENTAL EN TRABAJADORES SANITARIOS HOSPITALARIOS
DURANTE LA PANDEMIA POR COIVD- 19. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA*, y realizado
por el estudiante D./D^a MARÍA SACRISTAN ROMÁN.

Hace constar que el TFM ha sido realizado bajo mi supervisión y reúne los
requisitos para ser evaluado.

Fecha de la autorización: 18 DE JULIO DE 2022

Fdo.: JOSE VICENTE TOLEDO MARHUENDA
Tutor TFM





INDICE:

| | |
|---|----|
| 1. RESUMEN/ABSTRACT..... | 1 |
| 2. INTRODUCCION:..... | 3 |
| 3. JUSTIFICACION..... | 17 |
| 4. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS..... | 19 |
| 5. METODOLOGIA..... | 20 |
| 6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN..... | 23 |
| 7. CONCLUSIONES..... | 38 |
| 8. BIBLIOGRAFIA..... | 39 |





1. RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Desde el inicio de la pandemia, se ha visto agravado un problema ya existente, y es el agotamiento que presentan los trabajadores sanitarios en el día a día. El COVID-19 supone un impacto en la calidad de vida de los trabajadores sanitarios y en su salud mental, debido a la sobrecarga emocional y afectiva que conlleva. Se trata de un grupo de alto riesgo al estar en contacto frecuente con pacientes con coronavirus y que ha presentado gran cantidad de estrés durante todo el proceso.

MÉTODOS: Se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: *Pubmed, ScoPus y Embase*, con fechas comprendidas entre noviembre de 2019 y marzo de 2022, para analizar la prevalencia e incidencia de patología psiquiátrica asociada, especialmente en las variables: agotamiento o burnout, ansiedad, depresión y estrés en varios grupos de profesionales sanitarios hospitalarios (enfermeros, médicos y técnicos entre otros).

RESULTADOS: Del total de artículos obtenidos y tras aplicar los criterios de inclusión, se han incluido 25 artículos publicados entre las fechas descritas. El análisis de las fuentes revisadas muestra un aumento en los valores de ansiedad, agotamiento y estrés sobre todo, desde el inicio del COVID-19 hasta el día de hoy, siendo superior y por lo tanto considerando como factores de riesgo el ser mujer, personal de enfermería y ser profesional con contacto frecuente con pacientes con coronavirus.

CONCLUSIONES: Dentro de la población general, el personal sanitario ha estado muy expuesto a una gran carga laboral y psíquica, lo que ha generado un empeoramiento en su estado de salud mental. Todavía se desconoce la repercusión a largo plazo del impacto generado, precisando realizar nuevos estudios que evalúen estos aspectos, una vez pasada la pandemia, recomendando promocionar apoyo emocional y medidas de bienestar físico y psíquico, tanto a nivel individual como grupal a este tipo de población.

PALABRAS CLAVE: *COVID-19, salud mental, burnout profesional, personal sanitario, personal hospitalario*

ABSTRACT:

INTRODUCTION: Since the beginning of the pandemic, an existing problem has been aggravated, and it is the exhaustion that health workers present on a daily basis. COVID-19 has an impact on the quality of life of health workers and on their mental health, due to the emotional and affective overload that it entails. This is a high-risk group as they are in frequent contact with patients with coronavirus and have presented a great deal of stress throughout the process.

METHODS: A bibliographic review has been carried out in the following databases: Pubmed, ScoPus and Embase, with dates detected between November 2019 and March 2022, to analyze the prevalence and incidence of associated psychiatric pathology, especially of the variables: exhaustion or burnout, anxiety, depression and stress in various groups of hospital health professionals (nurses, doctors and technicians among others).

RESULTS: 25 articles published between the dates described have been included, in which the results report an increase in the values of anxiety, exhaustion and stress, especially from the start of COVID-19 to the present day, being higher and for Therefore, being a woman, nursing staff, and being a professional with frequent contact with patients with coronavirus are considered risk factors.

CONCLUSIONS: Within the general population, health personnel have been very exposed to a great work and mental load that has generated a worsening in their state of mental health. The long-term repercussion of the impact generated is still unknown, requiring new studies to evaluate these aspects once the pandemic is over and it is recommended to promote emotional support and measures of physical and mental well-being both individually and in groups.

KEYWORDS: *COVID-19, mental health, burnout, professional, health personnel, hospital personnel.*

2. INTRODUCCION

El estrés según la OMS es “el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción”. El estrés puede ser normal en la vida laboral, el problema es cuando se convierte en algo mantenido en el tiempo, provocando enfermedad y disminuyendo el rendimiento laboral.

La carga mental constituye un tópico que adquiere cada vez mayor importancia en la ergonomía a medida que la moderna tecnología se ha introducido en la práctica totalidad de los entornos, imponiendo mayores demandas cognitivas a las personas encargadas de llevar a cabo las tareas que nos plantea la vida cotidiana.¹

Pueden diferenciarse, históricamente, dos grandes enfoques en el abordaje de la carga mental. El primero hace referencia a sus componentes estructurales, con las operaciones específicas de procesamiento de información (Sternberg, 1969), los modelos de cuello de botella, como el que propuso Broadbent (1958) o su delimitación tardía o atenuación posterior tal y como propusieron otros autores (Deutsch y Deutsch, 1963) en base a la constatación de identificación de estímulos no deseados. Los modelos de cuello de botella no han podido verificarse en base los resultados obtenidos mediante tareas realizadas fuera del laboratorio (Meyer y Kieras, 1997), por lo que han perdido gran parte de su validez ecológica.

El segundo hace referencia a la limitación en las capacidades o recursos que puede precisar la realización de una o varias tareas simultáneas, como por ejemplo la que se refiere a los componentes energéticos asociados con la atención (Kahneman 1973). Más recientemente Wickens (1984) ha propuesto un modelo de recursos múltiples, basado en el grado de interferencia de los recursos individuales en la competencia por estructuras o modalidades de procesamiento comunes para realizar distintas tareas simultáneamente.

Con tareas extremadamente difíciles, es necesario seleccionar una de ellas como prioritaria en detrimento de las otras o, de lo contrario, afrontar el riesgo de que se deterioren todas. Si se desea incorporar nuevas tareas a las ya existentes, deberán analizarse los recursos disponibles. Como se ha visto hasta este punto, tal y como Young y Stanton (2001) señalan, no existe consenso en la definición de carga mental, aunque su analogía con la carga física sea comúnmente aceptada. Se trata del modelo que puede ser consensuado por la mayor parte de investigadores en el campo y añade un carácter predictivo resultante de las variaciones en las demandas, entrenamiento y otras variables intermedias.¹

Actualmente, definimos la carga mental como “el conjunto de exigencias psíquicas a los que se ve sometida la persona a lo largo de su jornada laboral y que suponen que el trabajador tiene que estar atento a una serie de señales, percibidas por los sentidos, para que el cerebro las interprete y así, de ese modo, el trabajador pueda conocer su significado y pueda ser capaz de actuar sobre los mandos correspondientes para conseguir la operación deseada”. Por ello, adquiere un papel fundamental el tratamiento de dicha información. La carga mental viene pues determinada por la cantidad y tipo de información que el trabajador ha de manejar en el desempeño de su puesto de trabajo o función y por el tiempo de que dispone para dar respuesta a las informaciones recibidas, por lo que también podemos definirla como “la cantidad de esfuerzo deliberado que debemos realizar para conseguir un resultado concreto”.

La norma ISO 10075 “Principios ergonómicos relacionados con la carga mental”, define aspectos como la fatiga, monotonía, hipovigilancia o saturación mental. La consecuencia derivada de esa carga mental es lo que se conoce como fatiga mental, variando según la intensidad y duración de la actividad precedente y del esquema de la presión mental y no es fácil crear un concepto único y aceptado para todos, pero podría definirse como “la disminución de la capacidad psíquica o mental del individuo después de haber realizado un trabajo durante un tiempo determinado”. Como consecuencia de ello el trabajador presenta una serie de síntomas tales como: irritabilidad, insomnio, falta de energía, preocupaciones injustificadas, dejadez, una peor relación esfuerzo/resultado, absentismo, estados depresivos, alteraciones somáticas (mareos, problemas digestivos, alteraciones del apetito, ritmo cardíaco irregular, etc.).^{2, 3, 4}

Cuando las condiciones de trabajo y las exigencias mentales del mismo no están adaptadas a las personas que los desempeñan, puede surgir la fatiga mental como expresión de la necesidad de modificar la situación ajustándola a las características de las personas. Es imprescindible distinguir la fatiga normal de la patológica y encontrar sus causas para actuar sobre ellas. Se puede considerar que la fatiga es normal en algunas circunstancias y dentro de ciertos márgenes, ya que suele desaparecer con descanso adecuado, o con el cambio de tarea y/ condiciones de trabajo, pero en la mayoría de casos tiene unas características comunes:

- Generalmente se traduce en una disminución de la capacidad de respuesta o de acción de la persona.
- Se trata de un fenómeno multicausal, aunque pueda encontrarse un origen la contribución de gran peso de un factor concreto.

- La fatiga afecta al organismo como un todo (físico y psíquico) y en grado diverso, dado que se percibe de manera personal. Esto hace que se encuentren diferencias interpersonales e intrapersonales en cuanto a las formas en que se expresa y la intensidad en que se siente la fatiga, en función de factores situacionales y características personales.
- La sensación de fatiga es un mecanismo regulador del organismo, de gran valor adaptativo en tanto en cuanto es un indicador de la necesidad de descanso del organismo.

Con la fatiga se produce una "progresiva debilitación de la capacidad de resistencia de la persona sometida a un esfuerzo intenso o prolongado", manifestándose como una progresiva disminución de la capacidad de respuesta humana ante grandes exigencias (de intensidad o de duración) de esfuerzos de tipo cognitivo (atencional, de memoria, etc.).² Se puede clasificar como ocasional si la fatiga desaparece tras el descanso, cambio de turno de trabajo, pausas o alternancia del trabajo con otras tareas. Puede provocar cansancio, somnolencia y bajo nivel de atención influyendo en la toma de decisiones y la concentración mental, haciendo que disminuya el rendimiento, y aumenten las probabilidades de errores y los accidentes. Si se mantiene de forma excesiva y prolongada recibe el nombre de fatiga mental crónica, cuyos efectos son más perdurables, con falta de energía, depresión, salud frágil, etc. desembocando en absentismo laboral o aislamiento. Normalmente sólo puede controlarse cambiando las tareas del trabajador o modificando las condiciones del puesto de trabajo.³

A día de hoy no existe un método claro de la evaluación de carga mental, dependiendo dicha calidad de evaluación de diferencias de validez (debe medir únicamente la carga mental), especificidad (su índice de medición debe ser poco sensible) y aceptabilidad (relacionada con la interferencia que la medición pueda provocar en la tarea, molestias o incomodidad causadas en el trabajador y su coste de aplicación).

Las técnicas de evaluación que se utilizan se pueden clasificar en:

1. Indicadores fisiológicos
2. Cuestionarios para la estimación subjetiva de los sujetos
3. Método de la doble tarea
4. Análisis de las variaciones del comportamiento operativo.

Debido a la complejidad del concepto, probablemente una sola medida no nos dé una información fiable. Es por ello que, a pesar de los avances para desarrollar métodos

objetivos, se recurre a la estimación directa de los propios trabajadores, siendo la evaluación subjetiva la más utilizada actualmente.⁴

Para poder evaluar convenientemente la carga mental de un puesto de trabajo debemos tener presentes dos tipos de indicadores:

- los factores de carga inherentes al trabajo que se realiza; y su incidencia sobre el individuo.

A. Factores de carga inherentes a la tarea

Existen diversos métodos objetivos para la evaluación de las condiciones de trabajo, que incluyen variables relativas a la carga mental. Señalamos a continuación tres métodos muy utilizados actualmente:

A1. El método diseñado por el Laboratorio de Economía y Sociología del Trabajo (L.E.S.T.) del CNRS evalúa la carga mental a partir de cuatro indicadores:

- Apremio de tiempo. Determinado en trabajos repetitivos por la necesidad de seguir una cadencia impuesta y en los trabajos no repetitivos por la necesidad de cumplir un cierto rendimiento.

- Complejidad-rapidez. Esfuerzo de memorización, o número de elecciones a efectuar, relacionado con la velocidad con que debe emitirse la respuesta.

- Atención. Nivel de concentración requerido y continuidad de este esfuerzo.

- Minuciosidad. Se tiene en cuenta en trabajos de precisión como una forma especial de atención.

A2. El método de Perfil del Puesto, de R.N.U.R., utiliza el término "carga nerviosa", que define como las exigencias del sistema nervioso central durante la realización de una tarea y que viene determinada por dos criterios:

- operaciones mentales, entendidas como acciones no automatizadas en las que el trabajador elige conscientemente la respuesta; y nivel de atención, referido a tareas automatizadas, tiene en cuenta la duración de la atención, la precisión del trabajo y las incidencias (trabajo en cadena, ambiente, duración del ciclo).

A3. El método elaborado por la Agencia Nacional para la Mejora de las Condiciones de Trabajo (ANACT) no define el concepto de carga mental o nerviosa de una manera

específica, pero en el apartado "Puesto de trabajo", incluye entre otras las variables "Rapidez de ejecución" y "Nivel de atención".

| METODO EVALUACION CONDICIONES DE TRABAJO | INDICES DE CARGA MENTAL | CRITERIOS DE EVALUACION |
|---|-------------------------|--|
| L.E.S.T. | Apremio de tiempo | Modo de remuneración Tiempo de entrar en ritmo Trabajo en cadena o no Atrasos a recuperar Pausas Posibilidad detener la máquina Posibilidad ausentarse |
| | Complejidad-rapidez | Duración del ciclo/nº de operaciones Duración del ciclo/nº de elecciones conscientes |
| | Atención | Nivel de atención Continuidad de la atención Posibilidad desviar la vista Posibilidad de hablar Riesgo accidentes Riesgo de deterioro del producto o del material |
| | Minuciosidad | |
| Perfil del puesto | Operaciones mentales | Densidad de las operaciones Presión del tiempo |
| | Nivel de atención | Duración de la atención Precisión del trabajo |
| ANACT | Rapidez de ejecución | |
| | Nivel de atención | |

Actualmente, existen unas escalas específicas para la valoración de la carga mental, validadas experimentalmente, con un alto grado de fiabilidad, que se basan en la realización de unas preguntas que actúan de filtro para el sujeto de tal manera que cada respuesta determina la siguiente pregunta. Habitualmente se presentan en forma de árbol lógico, con la necesidad de seguir las instrucciones en las que se indica que hay que continuar ordenadamente la secuencia para que el resultado obtenido sea reflejo de la realidad.

A partir de una escala creada por Cooper y Harper (1969) para valorar la carga mental en sistemas de control manual, Skipper (1986) ha realizado un estudio experimental introduciendo modificaciones que permiten aplicar el método a distintas áreas de actividad y siguiendo ordenadamente la secuencia de las mismas, se obtiene una puntuación de carga mental comprendida entre 0 y 10.

B. Incidencia sobre el individuo

Los indicadores de carga mental que utilizan los distintos métodos de evaluación se han determinado experimentalmente en base a las reacciones del individuo frente a un exceso de carga, es decir, en base a las alteraciones fisiológicas, psicológicas y del comportamiento, resultantes de la fatiga.

| INDICADORES | |
|---|--|
| EVALUACION DE LAS ALTERACIONES FISIOLÓGICAS | Actividad: cardíaca ocular cortical respiratoria |
| EVALUACION DE LAS ALTERACIONES PSICOLÓGICAS | Psico-motoras - rapidez de reacción - coordinación de movimientos |
| | Mentales - atención - memoria - concentración |
| EVALUACION DEL COMPORTAMIENTO | <i>Método de la doble tarea</i> Consiste en presentar estímulos independientes de la tarea que se está realizando. En la medida que la tarea principal exige un nivel mayor de atención se disminuye la respuesta a los estímulos secundarios. |
| | <i>Evaluación objetiva de la variación del comportamiento</i> Al aumentar la fatiga, el individuo intenta variar de método operatorio para adaptarse a la situación. Por ello el análisis de las variaciones de los métodos operacionales suele utilizarse como indicador para la evaluación de la fatiga mental. |
| | <i>Evaluación subjetiva de la fatiga</i> En cuanto que la sensación de fatiga vivida condiciona el comportamiento humano es necesario también valorarla convenientemente a través de entrevistas o cuestionarios. |

Estos métodos de valoración se complementan entre sí, ya que ninguna medida es válida por sí sola para evaluar la carga mental, siendo la mejor manera de aproximarnos a una evaluación satisfactoria mediante la utilización de varios de ellos y la comparación de los resultados obtenidos.^{4,5}

Los métodos de evaluación subjetiva son muy utilizados gracias a su facilidad de uso, validez contrastada y alto grado de aceptación por parte del operador, teniendo como

ventaja su carácter no intrusivo, aplicándose tras realizar la tarea. El procedimiento de mayor popularidad ha sido la escala de valoración. Suelen basarse en escalas en las que se presentan frases y se solicita al trabajador que califiquen numéricamente su grado de esfuerzo. En éstas el operador debe seleccionar la frase que mejor describe su situación. Existen escalas unidimensionales que, solo permiten conocer el nivel de carga, pero no la fuente del problema. Las escalas multidimensionales (SWAT, NASA-TLX) sí ofrecen este tipo de información diagnóstica, pero cuando mayor cantidad de dimensiones se analizan, su empleo se vuelve menos indicado mientras el trabajador realiza la tarea primaria. Tenemos uno de los más citados en la bibliografía, el NASA Task Load Index (TLX), que permite la valoración de la tarea desde una perspectiva multidimensional con puntuación global de carga de trabajo basada en un a media ponderada de las puntuaciones de seis subescalas, cuyo contenido es el resultado de la investigación dirigida a aislar de forma empírica y a definir factores que son de relevancia en la experiencia subjetiva de carga de trabajo. La carga mental surgirá de la interacción entre requerimientos de una tarea, circunstancias bajo las que se realizan y habilidades, conductas y percepciones del operador.⁴

La escala SWAT, después del NASA-TLX, es el instrumento de evaluación subjetivo más utilizado, pudiendo utilizarse en una amplia variedad de tareas con una validez y fiabilidad demostrada en múltiples estudios. Evalúa tres dimensiones: carga mental, esfuerzo y estrés, con una subescala de tres puntos delimitados por descriptores verbales que corresponden a niveles bajos, medios y altos, en cada una de ellas.

De forma independiente, si la evaluación se realiza sobre una o múltiples tareas, se deben emplear técnicas de evaluación multidimensionales. Algunos autores aconsejan el uso de varias técnicas para realizar una evaluación adecuada, pero debido a que las distintas técnicas son sensibles a distintas dimensiones, puede aparecer disociación en algunos casos que debe ser estudiada al ser una fuente de información importante para la evaluación de la carga mental.

El síndrome de burnout es una patología que deriva de la interacción del individuo con unas condiciones psicosociales nocivas de trabajo, definiéndose actualmente como "síndrome de estar quemado por el trabajo" (SQT). A pesar de la gran cantidad de conocimientos científicos y técnicos, a día de hoy, de la salud a nivel laboral, se suele percibir como implícito al puesto de trabajo cualquier carga psíquica o riesgo psicosocial, aun sabiendo que muchas de ellas son perjudiciales para la salud del profesional. Se sigue pensando que cuando merma la situación psicofísica del trabajador al estar expuesta a estas situaciones,

se debe a una falta de aptitud o actitud del propio individuo. Es por ello que existe la gran necesidad de estudiar este síndrome habitual, siendo un proceso complejo y debiendo discriminarlo del concepto de estrés laboral, que afecta al derecho de protección de la salud que todo profesional tiene en su puesto de trabajo que implica el no estar sometido a causas de exposición a riesgos psicosociales, organizativos o de ordenación del trabajo en los entornos de demandas de servicio humano que puedan suponer una afectación en su estado de salud. No sólo afecta a nivel individual, sino que también la empresa se beneficia de tener trabajadores con buen estado de salud tanto a nivel de servicios como en costes económicos.⁶

El fenómeno del burnout o agotamiento en el ámbito médico ha sido adecuadamente estudiado, presentándose en relación a eventos traumáticos, condiciones adversas, conflictos o pandemias, siendo de gran relevancia porque los efectos negativos no sólo repercuten de forma directa en el profesional que lo padece, provocando signos y síntomas como estrés, ansiedad, depresión y alteraciones físicas como las gastrointestinales, sino también en la propia institución de salud, al aumentar el ausentismo del personal, insatisfacción laboral, rotación repetida, baja moral del personal, así como afectar a la calidad de la atención brindada a los pacientes siendo deficiente o mala, pudiendo así aumentar los errores médicos y disminuir la seguridad del paciente.^{7, 8}

No existen datos precisos de prevalencia, respecto a la población general de los colectivos de mayor riesgo, pero el síndrome de burnout ha sido más estudiado en el ámbito hospitalario, siendo la definición más aceptada la propuesta por Maslach & Jackson (1996) quienes lo clasifican como un estado psicológico de fatiga física y mental asociado al trabajo de carácter tridimensional que involucra: alto agotamiento emocional (cansancio y disminución de recursos personales para enfrentar las exigencias de la tarea); alta despersonalización (desarrollo de deshumanización, distanciamiento del trabajo y los clientes y endurecimiento emocional adoptando una actitud negativa e insensible hacia los destinatarios del servicio) , y disminución del sentido de realización personal o ineficacia (percepción de que los logros profesionales están por debajo de las expectativas personales y baja autoestima personal, sentimientos de insuficiencia personal o profesional y reducción de la productividad y habilidades de afrontamiento) entre individuos que trabajan con personas.^{7, 9, 10}

En 1988 Pines y Aronson propusieron una definición más amplia, no restringida a las profesiones de ayuda: "Es el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones con demandas emocionales",

indicando que puede darse también en otros profesionales que no trabajan con servicio directo al público. Pines y Aronson destacaron la importancia, desde la prevención, de la calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo, del modo de supervisión y de las oportunidades de aprendizaje continuo y desarrollo de la carrera con las que cuente el trabajador.

Se define operacionalmente como: *"una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización."* Se trata de una respuesta al estrés cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento (aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos individuales).⁶

2.1 MARCO ACTUAL

Durante los últimos años, nos hemos encontrado en una situación de pandemia, tras el inicio de casos producidos a finales de 2019 de una nueva enfermedad producida por un coronavirus (SARS-CoV-2) en la provincia de Hubei, China. El 11 de febrero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) nombró este agente etiológico como COVID-19 (Coronavirus Disease, 2019). Posteriormente, y a pesar de las extensas medidas de contención, la enfermedad ha continuado avanzando con un rápido aumento de los contagios, hasta afectar al resto de los países de Asia, Medio Oriente y Europa, convirtiéndose en un problema de salud pública internacional. El 11 de marzo, la COVID-19 fue declarada como pandemia en una rueda de prensa realizada por Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la Organización Mundial de la Salud, y el Gobierno aprobó el 14 de marzo de 2020 la declaración del estado de alarma en todo el territorio español para afrontar la situación de emergencia sanitaria.

El primer paciente registrado en España con COVID-19 se conoció el 31 de enero de 2020. Se trataba de un caso leve e importado de un paciente alemán ingresado en La Gomera, Islas Canarias. Nueve días después se detectó un nuevo caso en Palma de Mallorca, Islas Baleares, también importado. El 24 de febrero aparecieron los primeros casos en la

península, con una subsecuente circulación comunitaria exponencial del virus, afectando principalmente a la Comunidad de Madrid, País Vasco y Cataluña. El 14 de marzo de 2020 se decretó el estado de alarma y confinamiento de la población.¹¹ Según los últimos datos del Ministerio de Sanidad, a la fecha 29 de abril de 2022, en España existen 11.896.152 casos confirmados, más de 2 millones son mayores de 60 años y 104.456 fallecimientos. Tras la llegada de la vacuna, en diciembre de 2020, en el momento actual hay más de 40 millones de españoles con la pauta completa administrada.

La pandemia alteró la vida y el comportamiento laboral de todos, en particular de los trabajadores de la salud, que estuvieron involucrados en primera línea con una mayor exposición a la infección por SARS-CoV-2. La OMS define a los trabajadores de la salud como “todas las personas involucradas en acciones cuya intención principal es mejorar la salud”. Estos profesionales constituyen la fuerza laboral principal cuando se encuentran con enfermedades infecciosas como COVID-19.¹² Todo esto ha supuesto una sobrecarga en diferentes profesionales de distintos estamentos y con diferentes grados de responsabilidad. En el caso del personal sanitario, están siendo sometidos a tensiones emocionales y demandas laborales extraordinarias y de elevada intensidad, ya que entre otras cosas se suma la atención de pacientes COVID con aquellos que poseen patologías no COVID, con la realización del ejercicio de una práctica profesional muy diferente a la que habitualmente se ha venido realizando, requiriendo la aplicación de criterios de triaje no deseados y difíciles de asumir por todos.

La actual pandemia de COVID-19 ha creado una situación con múltiples factores estresantes para los trabajadores de la salud, a través de mayores cargas de trabajo, alto riesgo de exposición al SARS-CoV-2 e interrupciones generales de la vida diaria, lo que lleva a un aumento de la ansiedad, el estrés, la depresión, el agotamiento y el sueño. Además, estos trabajadores, a menudo, han decidido vivir lejos de sus seres queridos para mantenerlos a salvo de un riesgo adicional de contagio.¹³ El agotamiento y reducción de la satisfacción, se desarrolla en el 20 %-80 % de los trabajadores de la salud. Durante un periodo de emergencias como el de la pandemia, el aumento del trastorno de estrés postraumático (TEPT), la ansiedad y la depresión en personal sanitario pueden relacionarse con factores tanto individuales como del sistema.¹⁴

Deben hacer frente a una crisis con ramificaciones ocupacionales y de salud personal, implementar cambios organizacionales variados y hacer frente a factores estresantes laborales continuos, lo que puede conducir a síntomas adversos de salud mental y puede afectar la calidad de la atención médica brindada a los pacientes. Estudios recientes

mostraron que el personal médico expresó altos niveles de preocupación relacionados con una variedad de aspectos de COVID-19. ¹⁵

Entre varios de los problemas que ha sufrido el personal sanitario, causando gran impacto en ellos durante esta pandemia se encuentran:

- Estar trabajando temporalmente en ámbitos asistenciales para las que no se ha recibido el entrenamiento adecuado o tras una formación exprés, bien por nuevas incorporaciones de personal o bien por traslado hacia ámbitos asistenciales de mayor complejidad.
- Trabajar en circunstancias de alta demanda/bajo control o alto esfuerzo/baja recompensa
- Privación del sueño o insomnio.
- Recibir instrucciones contradictorias que cambian rápidamente sobre procedimientos (sin clara asignación de tareas), sumadas a inconsistencias en la cadena de mando.
- Escasez de material, según centros y servicios, para prestar una atención adecuada y contar con protección ante el riesgo biológico (sobre todo mascarillas, tests y equipos de protección individual -EPI).
- Reducción del recurso humano, por las bajas de profesionales con exposiciones de riesgo, lo que obliga a prolongar jornadas, aumentar frecuencia de turnos y reducir los tiempos de descanso físico y mental.
- Disolución de equipos de trabajo consolidados debido a la incorporación de nuevos profesionales que ha obligado a crear equipos mixtos con la pérdida de dinámicas de trabajo y sobrecargando, aún más, a los profesionales de mayor experiencia.
- Ver que pacientes de otras patologías no pueden recibir la atención que hasta ahora recibían por la nueva prioridad asistencial. Esto supone un mayor riesgo de eventos adversos, muchos de ellos por omisión de acciones y con escasa probabilidad de detección.
- La perspectiva de los residentes también ha cambiado, de sentirse protegidos por sus adjuntos, pasan a una situación bien distinta y, cada día, se enfrentan a situaciones que favorecen la inseguridad y el estrés agudo.
- Afloran más fácilmente conflictos anteriores a la crisis como consecuencia del reparto de tareas en situaciones extremas.

- Impotencia e irritabilidad al observar comportamientos imprudentes en pacientes y acompañantes (normalmente por desconocimiento) y fallos (por cansancio, sobrecarga emocional, falta de concentración, etc).
- Impotencia y desafección al ver cómo pacientes con miedo al saberse enfermos por COVID19 han de estar solos, sin acompañantes y, en algunos casos, mueren en soledad.
- Estar trabajando en una situación de especial riesgo biológico, que se traduce en miedo a contagiar a pacientes, colegas y a los familiares con quienes se convive en el hogar.
- Sustituciones exprés por bajas de compañeros en aislamiento en el hogar o resultar casos con COVID-19.
- Verse desbordados por momentos, de cada vez mayor duración, sin saber cómo compartirlo con los demás, para no parecer débiles o sin capacidad para dar respuesta a todos en todo momento.
- No tener un horizonte claro de hasta cuando “durará esto”.
- Preocupación y, en ocasiones, miedo, al conocer que algún compañero pasa a situación de vigilancia pasiva o aislamiento domiciliario.
- Miedo a contagiar a la familia y/o entorno cercano.
- Minimizar los síntomas que pueden indicar contagio por presión a no dejar los servicios descubiertos.
- Verse en la obligación de aplicar sistemas de triaje y tomar decisiones rápidas reservadas a situaciones de grandes catástrofes con alto componente de conflicto moral.
- Afrontar la decisión de jerarquizar niveles de atención, generando una nueva situación organizacional desconocida hasta ahora.
- Creciente número de casos confirmados y sospechosos.
- Carga de trabajo abrumadora.
- Conflictos entre el trabajo y las responsabilidades del hogar

Todo ello está provocando síntomas de estrés agudo y otras patologías afectivas por la sobrecarga que padecen y la preocupación/miedo asociado, limitando notablemente su capacidad de responder a la actual demanda y contribuyendo a la carga mental de dichos trabajadores.^{12,15}

Según los hallazgos de estudios realizados en brotes de otras enfermedades, el personal sanitario que trabaja en primera línea podría correr el riesgo de experimentar niveles más altos de estrés inmediatamente después de la respuesta. Se encuentran en una situación puede tener un impacto negativo en el desarrollo de problemas de salud mental a largo plazo, que pueden incluir niveles más altos de síntomas de TEPT, agotamiento y otros problemas de salud mental.¹⁶

Esto los expone a un mayor riesgo de desarrollar estrés crónico, angustia psicológica y cualquier otro síntoma de salud mental debido a la situación de incertidumbre creada y el estrés que demanda la misma.

El agotamiento profesional en los trabajadores de la salud consiste en agotamiento emocional, una sensación de disminución de la conexión personal con los pacientes y una disminución de la sensación de realización personal. Antes de la pandemia, se informó que la prevalencia del agotamiento emocional severo oscilaba entre el 30 % y el 50 % en algunos entornos. La prevalencia de depresión y suicidio también fue mayor que en la población general.¹⁷

Hasta ahora, la mayoría de los estudios sobre COVID-19 se han centrado en investigaciones epidemiológicas, prevención, diagnóstico y tratamiento. Pocos estudios han investigado los problemas de salud mental que afectan a los trabajadores de la salud durante la pandemia (Spoorthy et al., 2020, Zhang et al., 2020).⁷

Los estudios que investigan las experiencias de los profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19 han sido predominantemente cuantitativos y muestran un aumento de los síntomas de estrés, ansiedad y depresión como resultado del trabajo durante la pandemia de COVID-19. Sin embargo, sigue faltando ' enfoques cualitativos para captar las experiencias del mundo real del personal de primera línea'.¹⁸

El considerable impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 indudablemente ha influido en los sentimientos y comportamientos, requiriendo la adopción de estrategias de afrontamiento para desempeñar un papel amortiguador del estrés y tener un efecto preventivo sobre la salud mental.¹³

La exposición prolongada a factores estresantes emocionales e interpersonales en el lugar de trabajo es la principal causa de agotamiento. Según el modelo de estrés demanda/recursos (modelo JD-R), se puede desarrollar una sensación de agotamiento debido a un aumento en las demandas laborales, lo que lleva al agotamiento y, junto con los recursos limitados, conduce a un bajo compromiso laboral. Las demandas laborales y la

disponibilidad de recursos son parte de la cultura organizacional de un lugar de trabajo. Además, los aspectos de la cultura organizacional pueden prevenir el agotamiento, como el trabajo en equipo, el apoyo gerencial, la autonomía en la toma de decisiones y las condiciones de trabajo adecuadas.

Es crucial examinar los sentimientos y percepciones de los trabajadores de la salud durante la pandemia, mejorar la preparación organizacional de los sistemas de salud y la capacidad de continuar la lucha contra la pandemia actual y las futuras crisis de salud que podamos encontrar. ¹⁵



3. JUSTIFICACION

Desde noviembre del año 2019 tras la aparición de los primeros casos de COVID-19 en Wuhan (China), hemos permanecido en situación de pandemia con persistencia de casos y brotes continuos. Desde el inicio de la pandemia hasta el día de hoy, para la población general y en particular, para el personal sanitario ha supuesto un cambio en el estilo de vida y de rol por diversos factores: aumento de carga laboral, incertidumbre, cambios en horarios y turnos de trabajo, sustitución de compañeros en incapacidad temporal, presión asistencial, falta de equipamiento y escasez de personal, entre otros. A pesar de trabajar de forma habitual en entornos agotadores y desafiantes, tanto a nivel de pacientes crónicos como agudos, en general se ha producido un aumento de la demanda asistencial lo que, asociado a las altas exigencias en el trabajo y la ausencia de control del mismo, ha derivado en un aumento de la carga mental y agotamiento emocional de los profesionales sanitarios con un empeoramiento de una situación, que ya estaba acentuándose en los años previos. Con una experiencia laboral negativa que conlleva un déficit en la calidad asistencial, la sobrecarga de este tipo de trabajadores en el ámbito tanto físico, psíquico como en emocional, implica consecuencias sanitarias y financieras.

Es posible que el agotamiento se convierta en una "pandemia paralela" en un futuro no muy lejano. La carga mental y el burnout se asocian a ineficacia en el trabajo, sentimientos de desesperanza, depresión, ansiedad y otros trastornos a nivel de la salud mental de la población. Afecta de forma negativa al bienestar físico y psíquico, con resultados tanto individuales como asistenciales a nivel organizacional. Estas consecuencias pueden traducirse con el tiempo en absentismo laboral, escasa satisfacción laboral, disminución de calidad asistencial, descontento tanto por parte del personal y como del paciente, etc.

Es necesaria ante esta situación, que tanto los individuos como las organizaciones se impliquen en mejorar aspectos del trabajo que hagan disminuir la sobrecarga y el agotamiento en los trabajadores, como reducir la carga administrativa, mejorar los turnos de trabajo, los horarios en los casos que sea preciso, facilitar soluciones tecnológicas que puedan optimizar el uso de la informática de la salud. Las instituciones deben brindar y ofertar plataformas de apoyo y aprendizaje de autocuidado para evitar situaciones de estrés o administrar herramientas para mejorarlas, favoreciendo el ejercicio, la vida saludable y la conciliación familiar.

Por lo anterior, una revisión bibliográfica de la literatura publicada relacionada con la carga mental en los trabajadores sanitarios, durante la pandemia COVID, nos puede ayudar a

conocer cuál es el grado de afectación sufrida en la salud mental de este grupo de profesionales, cuáles son los factores de riesgo asociados y, finalmente, destacar la importancia de adoptar medidas a nivel individual y colectivo para mejorar el bienestar y la calidad laboral y de vida de los mismos.



4. OBJETIVOS:

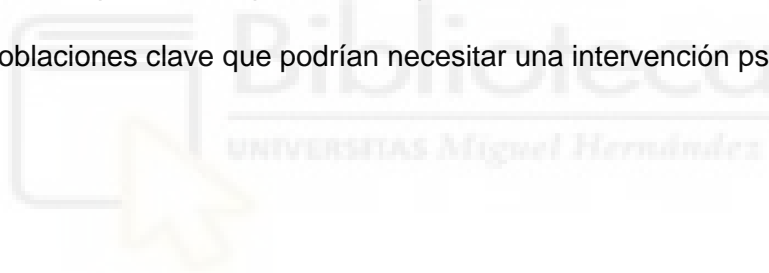
GENERALES: Realizar una revisión bibliográfica de los artículos publicados desde el inicio de la pandemia de COVID-19 que aborden el estado de la salud mental de los trabajadores sanitarios hospitalarios, incluyendo a médicos, enfermeros y otros profesionales como técnicos, administrativos etc. durante el brote de SARS-CoV-2.

ESPECIFICOS: - Identificar qué factores están asociados con la carga mental y el empeoramiento en el bienestar psicológico presente entre los trabajadores sanitarios a lo largo de la pandemia de coronavirus (COVID-19).

- Explorar la prevalencia del agotamiento, la depresión, la ansiedad y el estrés entre los profesionales sanitarios (médicos, enfermeros y/o técnicos) durante el brote de COVID-19, según la literatura publicada.

- Evaluar la magnitud de los resultados de salud mental y los factores asociados entre los trabajadores sanitarios que tratan a pacientes expuestos al COVID-19

- Identificar las poblaciones clave que podrían necesitar una intervención psicológica.



5. METODOLOGIA:

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en 3 bases de datos disponibles: Pubmed, Embase y Scopus. La búsqueda se realizó entre los días 23/02/2022 y 15/3/2022 de las que se obtuvieron en total 2667 artículos con las siguientes palabras clave o términos MeSH siendo unidos mediante los operadores *and* y *or*: *COVID-19*, *mental health*, *burnout professional*, *health personnel* y *hospital personnel*. Solo se han usado filtros en la base de datos Pubmed, siendo los siguientes: artículos en inglés y español, humanos y publicaciones entre el 1/11/2019 y el 15/3/2022.

Para la selección de artículos se utilizaron los siguientes criterios de inclusión y de exclusión:

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Personal sanitario hospitalario que comprenda médicos, enfermeros y/o técnicos, entre otros.
- Artículos publicados entre el 1/11/2019 y el 15/03/2022
- Carga mental en relación a COVID-19
- Estudios que evaluaron las tasas de prevalencia de depresión, ansiedad, burnout o agotamiento y estrés mediante métodos de evaluación validados.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- No relación con COVID-19.
- Población general, otros sanitarios (dentistas, higienistas dentales...) o grupos de profesionales hospitalarios aislados (solo médicos o sólo enfermería, por ejemplo)
- Artículos que no estén en inglés o español.
- Estudios no humanos.
- Otras variables de estudio que no sean ansiedad, estrés, depresión o agotamiento, como insomnio, estrategias de afrontamiento, resiliencia, etc.

Con la estrategia inicial de búsqueda en Pubmed se obtuvieron 2641 resultados totales, precisando el uso de filtros como: artículos publicados entre 1/11/2019 y 15/03/2022, sobre

humanos e idioma inglés y español, con 154 resultados finales, de los cuales, fueron descartados la mayoría de ellos por no presentar relación con personal sanitario hospitalario objeto del análisis y por no tener relación con la carga mental por COVID-19, quedando 29 de los cuales solo 15 han sido objeto de estudio ya que 10 de ellos son solo referentes a grupos aislados de sanitarios como enfermería, 1 solo referente a medicina y 3 no evaluaban el agotamiento ni la carga mental, solo datos de infección. En Embase se obtuvieron 5 referencias sin precisar filtro alguno, de las cuales 3 se encuentran duplicadas por lo que solo 2 son los válidas para la revisión. En Scopus se obtuvieron 21 artículos, de los cuales descartamos 6 por duplicidad, 6 por no cumplir los criterios de inclusión y 1 por no poder acceder a él, por lo que nos quedan finalmente 8 artículos para la revisión.

La estrategia de búsqueda final utilizada es la siguiente:

PUBMED: (COVID-19[MESH TERMS]) OR (COVID-19[TITLE/ABSTRACT])) AND (MENTAL HEALTH[TITLE/ABSTRACT])) OR (MENTAL HEALTH[MESH TERMS]))AND (BURNOUT, PROFESSIONAL[MESH TERMS])) OR (BURNOUT, PROFESSIONAL[TITLE/ABSTRACT])) AND (HEALTH PERSONNEL[MESH TERMS])) OR (HEALTH PERSONNEL[TITLE/ABSTRACT])) AND (HOSPITAL PERSONNEL[MESH TERMS]))) OR (HOSPITAL PERSONNEL[TITLE/ABSTRACT])

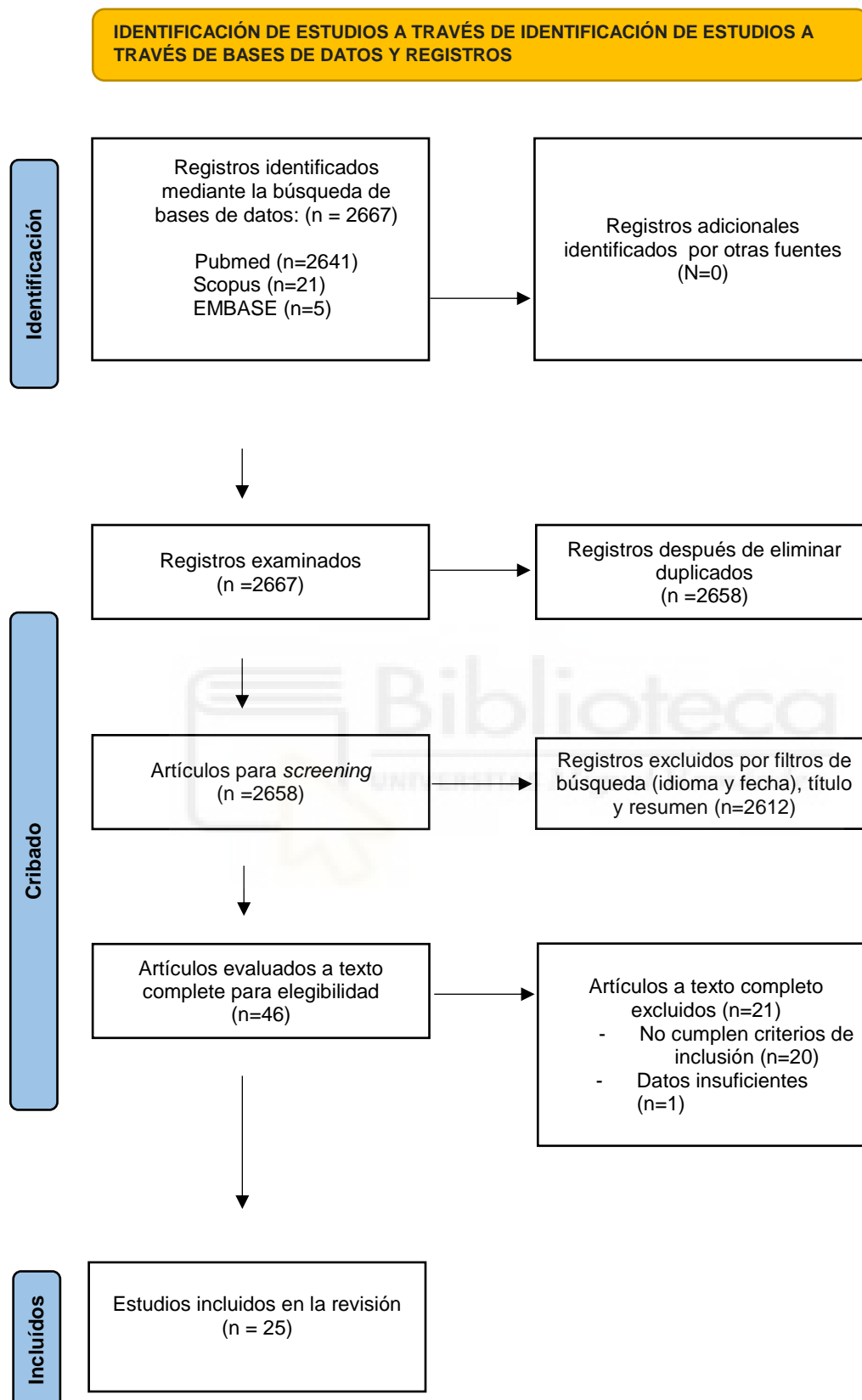
FILTERS: 1/11/2019-15/3/2022, HUMANS, ENGLISH, SPANISH = 154

EMBASE: 'mental health':ti,ab,kw AND 'covid 19':ti,ab,kw AND 'hospital personnel':ti,ab,kw =5

SCOPUS: TITLE-ABS-KEY ("covid 19") AND ("burnout, professional") AND ("hospital personnel") =21

Total = 2667, tras filtros 180 artículos

TOTAL TRAS DESCARTES POR DUPLICIDAD/ NO CUMPLIR CRITERIOS INCLUSION = 25 artículos.



6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

| ESTUDIO | PAIS/CIUDAD | TIPO DE ESTUDIO | MUJES TRA (N) | PARTICIPANTES | | | | SEXO (%) | | ESCALAS | RESULTADOS (% o media) | | | | |
|---------------------------|-------------------------|--|---------------|----------------|--------------------|-------------|------------|------------|-------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|--|-----------|-------|--|
| | | | | MEDICOS N (%) | ENFERMERA IA N (%) | OTROS N (%) | MUJER | HOMBRE | AGOT. | | ANS. | DEP. | EST. | | |
| <i>Howell et al.</i> | EE.UU | Observacional Descriptivo | NC | | | | | | | NC | ENF 35% y Med 54% | | | | |
| <i>Wright et al.</i> | EE.UU | Obs, descrip, transversal, cuantitativo | 571 | NC | NC | NC | NC | NC | NC | PCL-5, PHQ-8, GAD-7, | | 23.5 % | 20.4 % | 15.3% | |
| <i>Kreh et al.</i> | Italia/Austria | Obs, descrip, Transversal cuanti/cualita tivo | 13 | 1 | 11 | 8 | 5 | | Entrevista factores de estrés | | | | | x | |
| <i>Ibar et al.</i> | Buenos Aires | Obs, descrip, transversal | 234 | 34 | 25 | 175 | 166 | 68 | MBI-HSS | | 12%(MED 52% y ENF 19% | | | x | |
| <i>Mc Keaveney et al.</i> | 29 países | Obs, descrip, Transversal cuanti/cualita tivo | 251 | 11 | 218 | 16 | 218 | 33 | MBI, GHQ- 12 | | 35.9% % | 40.3 % | | 49.8% | |
| <i>Italia et al.</i> | Italia (norte y sur) | Obs, descrip, Transversal | 558 | 184 | 212 | 162 | 71.5% | 28.5% | EG-SD, AIS, Brief COPE | | | 35.6 % | | | |
| <i>Nissan et al.</i> | Israel | Obs, descrip, Transversal | 716 | 114(15.9 %) | 296(41.35 %) | 306(42.75%) | 547(76.4%) | 469(23.6%) | ENTREVISTA A | | | ENF 31.6 % y MED 14.5 % | | | |

| ESTUDIO | PAIS/CIUDAD | TIPO DE ESTUDIO | MUESTRA (N) | PARTICIPANTES | | | | SEXO (%) | | ESCALAS | RESULTADOS (% o media) | | | |
|--------------------------------|-------------|---|----------------|---------------|------------------|-------------|------------|------------|------------------------|--|------------------------|--------|-------|--|
| | | | | MEDICOS N (%) | ENFERMERIA N (%) | OTROS N (%) | MUJER | HOMBRE | AGDT. | | ANS. | DEP. | EST. | |
| Maunder et al. | Canadá | Obs. descrip. Transversal, prospectivo | T1 539, T2 484 | NC | 134(24%) | | 422(78.3%) | 86(16%) | MBI, K6 | T1 41.4% y T2 49.8% | T1 9.7% y T2 11.6% | | | |
| Martinez-Cuaziti et al. | México | Obs. descrip. Transversal | 996 | 137(13.8%) | 94(9.4%) | 765(76.8%) | 673(67.6%) | 323(32.4%) | MBI | 2.4%(1ª ola), 7.9%(pico 1ª ola), 3.7% (fin 1ª ola) y 3.6%(pico 3ª ola) | | | | |
| García-Reyna et al. | Guadalajara | Obs. descrip. Transversal, de prevalencia | 2136 | NC | NC | NC | NC | NC | CAS | | 51% | | | |
| Al-Harini et al. | El Líbano | Obs. descrip. Transversal | 74 | 18.92% | 51.35% | 29.73% | 37.84% | 62.16% | GAD-7, PHQ-9, BMS | 47.3% | | | | |
| Su et al. | Taiwan | Obs. descrip. Transversal, de prevalencia | 503 | NC | NC | NC | NC | NC | DASS-21, <u>ProQoL</u> | | 39.6 5% | 31.2 % | 24.5% | |
| Bettinsoli et al. | Italia | Obs. descrip. Transversal | 580 | NC | NC | NC | NC | NC | GHQ-12 | | 33.5 % | | | |
| Moll et al. | x | Obs. descrip. Transversal | 1422 | 49.9% | 50.1% | NC | NC | NC | MBI | 69% | | | | |
| Jinn et al. | Seul | Obs. descrip. Transversal, retrospectivo | 200 | 48(24%) | 83(41.5%) | 69(34.5%) | 153(76.5%) | 47(23.5%) | HADS, MBI-HSS, KOSS-SF | 26.48 | 7.49 | 8.87 | 49.09 | |

| ESTUDIO | PAIS/CIUDAD | TIPO DE ESTUDIO | MUESTRA (N) | PARTICIPANTES | | | | SEXO (%) | | ESCALAS | RESULTADOS (% o media) | | | |
|-------------------------------|-------------------|---------------------------|-------------|---------------|------------------|-------------|------------|-----------|--------------------------------|------------|-----------------------------------|------|------------------------------|--|
| | | | | MEDICOS N (%) | ENFERMERIA N (%) | OTROS N (%) | MUJER | HOMBRE | AGOT. | | ANS. | DEP. | EST. | |
| <i>Wilson et al.</i> | 6 países | Obs, descrip, Transversal | 378 | 8% | 12% | 80% | 87% | 13% | PWBI, MiniZ, Brief COPE | 2.65 | 2.32 | 2.71 | | |
| <i>Bashkin et al.</i> | Israel | Obs, descrip, Transversal | 547 | 91(1.7%) | 177(32%) | 279(51%) | 410(75%) | 137(25%) | NC | Med y 3.10 | 2.98 ENF | | | |
| <i>Dobson et al.</i> | Australia | Obs, descrip, Transversal | 320 | 31% | 26% | 33% | 75% | 25% | PHQ-9, GAD-7, IES-R, CD-RISC10 | | 20% | 21% | 29% | |
| <i>Chu et al.</i> | EE.UU | Obs, descrip, Transversal | 402 | 184 | 218 | NC | 308(76.6%) | 94(23.4%) | APPENDIX 1 | | | | 79.5%(MED 77.2% Y ENF 80.7%) | |
| <i>Londoño-Ramirez et al.</i> | España (Alicante) | Obs, descrip, Transversal | 343 | 120 | 105 | 118 | 264 | 79 | HAD | | 56.5% (casos) 35.6% y riesgo 21%) | | | |
| <i>Yu et al.</i> | EE.UU | Obs, descrip, Transversal | 889 | 188(21%) | 267(30%) | 49% | 624(71%) | 239(27%) | ENTREVISTA | 25% | 6% | | 45% y 13% TEPT | |

| ESTUDIO | PAIS/CIUDAD | TIPO DE ESTUDIO | MUES TRA (N) | PARTICIPANTES | | | | SEXO (%) | | ESCALAS | RESULTADOS (% o media) | | | |
|------------------------------|----------------|---------------------------|--------------|---------------|-----------------|-------------|-----------|-----------|-------------------|---------|------------------------|-------|------|--|
| | | | | MEDICOS N (%) | ENFERMERA N (%) | OTROS N (%) | MUJER | HOMBRE | AGOT. | | ANS. | DE P. | EST. | |
| <i>Aijabri et al.</i> | Arabia Saudita | Obs, descrip, Transversal | 207 | 24% | 31% | 29% | 116(55%) | 91(43%) | CBI | 67.23 % | | | | |
| <i>Caillet et al.</i> | Francia | Obs, descrip, Transversal | 208 | 28(13%) | 84(41%) | | 156(75%) | | HADS, IES-R, PTSD | 48% | 16 % | 27% | | |
| <i>Cantu et al.</i> | EE.UU | Obs, descrip, Transversal | 39 | 6(15.4%) | 127(69.2%) | 6(15.4) | 29(74.4%) | 10(25.6%) | ProQool, HADS | 55.9% | 45.7 % | 55.8% | | |
| <i>Tan et al.</i> | x | Obs, descrip, Transversal | 45 | NC | NC | NC | NC | NC | ProQool version 5 | 48.9% | 6% | 62.2% | | |

ABREVIATURAS: N: Tamaño muestral, MED: Médicos, ENF: Enfermería, AGOT: agotamiento o burnout, ANS: Ansiedad, Dep: Depresión, EST: Estrés, ES: estrés secundario, TEPT: Tr: Estrés posttraumático, NC: No se conoce.

Tras realizar la búsqueda completa han quedado 25 artículos para esta revisión. De ellos, un total de 3 son de tipo prospectivo (19, 20, 21), un total de 2 son de tipo retrospectivo (21,22), con encuestas realizadas bien de tipo cuantitativo, cualitativo o ambos. El tamaño muestral ha diferido y ha sido seleccionado de diferente forma abarcando desde un mínimo de 13 (23) hasta un máximo de 2136 (24). De ellos, un total de 5 han sido realizados en EEUU, 3 en Italia, 2 en Israel, 1 en Argentina, 1 en Canadá, 1 en El Líbano, 1 en Taiwán, 1 en Seúl, 1 en Australia, 2 en España, 1 en Arabia Saudita, 1 en Francia, 1 en México y 2 de ellos en varios países dentro del propio estudio. Hay 2 artículos en los que no quedan reflejados los países en los que se evalúa a la población.

El tipo de variables estudiadas han variado varias, siendo las más habituales y en las que nos vamos a centrar en esta revisión: el agotamiento, estrés, ansiedad y depresión, y las escalas habituales de medida han sido las siguientes:

a) Para el estudio del agotamiento, las escalas más utilizadas han sido: MBI (19, 20, 21, 22, 25 y 26), puntuaciones del burnout measure-short (BMS) (27), PWBI (28), agotamiento miniZ (28), el Inventario completo de agotamiento de Copenhague (CBI)(29).

b) Para el estudio del estrés se han utilizado: lista de verificación de PTSD para DSM-5(30,31), DASS-2(32), IES-R (31,33) y Appendix 1 (34).

c) EL análisis de ansiedad y depresión se ha llevado a cabo con: cuestionario de salud del paciente-8, ansiedad: escala del trastorno de ansiedad generalizada(30), GHQ-12 (26,35), K6(19), Escala de ansiedad por coronavirus (CAS)(24,29), GAD-7 (27,30 ,33)y PHQ-9(27,33), escala Professional Quality of Life (proQol)(32,36,37), BRCS, ASA, SDQ, CSES (27), cuestionario de angustia moral e índice de bienestar del médico de la clínica mayo (PLUBI)(33), Escala de Obsesión por el Coronavirus (OCS) (29), Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)(22,31,36 y 38).

El resto de subvariables son de tipo sociodemográfico y se basan en gran parte en el género o sexo, tipo de profesional, años de experiencia, edad y convivencia (vive solo /convive).

Respecto a los datos obtenidos de forma concreta en cada variable de estudio son los siguientes:

- AGOTAMIENTO:

Uno de los aspectos más estudiados en la mayoría de los artículos seleccionados es el agotamiento o síndrome de burnout. En nuestro caso 13 de los 25 artículos lo abordan, en parte, porque está claramente relacionado con aspectos del entorno laboral, por la gran carga de trabajo, las altas exigencias laborales y la falta de control asociada.

[Howell et al.](#) lo relaciona con los entornos desafiantes y roles asociados a cuidados críticos. El nivel de agotamiento aumenta de forma directa a la evolución de la pandemia de COVID-19, acentuándose más debido a la preocupación por posibilidad de infección o transmisión del virus, falta de EPI, escasez de pruebas diagnósticas, problemática familiar al cerrar guarderías y aumento de horas de trabajo reduciendo aún más la posibilidad de descansar y recuperarse.

[Ibar et al.](#) en su estudio de 234 trabajadores sanitarios (médicos, enfermeras, residentes, auxiliares y administrativos) encontró relación de los niveles de cortisol hallados en el pelo de los sujetos del estudio con el burnout y el estrés, siendo de un 12% de la población estudiada la que presentó agotamiento, de ellos un 52% médicos y residentes, un 19% enfermería y un 19% el personal administrativo. Se objetivaron niveles más elevados de despersonalización y agotamiento emocional así como una realización personal más baja en trabajadores con contacto directo con pacientes con COVID y un nivel de cortisol más alto en estos individuos.

De nuevo, en un estudio de frecuencia de burnout a lo largo de la pandemia dividido en 4 periodos diferentes de todo el personal de un hospital, [Mc Keaveney et al.](#) encontró una mayor prevalencia de burnout con agotamiento severo en un 35.9% y despersonalización en un 16.7%. Se trata de una muestra de 251 trabajadores, siendo más del 80% de la muestra mujeres y enfermeras.

En el estudio de [Maunder et al.](#) se analizó la relación de agotamiento con sexo, edad, tipo de participante, grado militar y profesión, siendo la mayoría de ellos mujeres, mayores de 30 años, personal militar y enfermeras. Los datos hallados de burnout fueron como en el estudio anterior, en 4 periodos de tiempo a lo largo de toda la pandemia de 2.4% (inicio), 7.9% (pico de primera ola), 3.7% (final de primera ola) y 6.3% (pico de la tercera ola). Presentaron los niveles más altos de agotamiento personal durante el primer pico de la pandemia, en mujeres y en mayores de 30 años, siendo los más afectados los médicos con valores entre el 10.6

y el 23.2% (enfermería con valores entre 8 y 28%), datos que contradicen estudios previos. Esto puede deberse a las mayores exigencias cognitivas, emocionales y sensoriales propias de su rol además de la toma de decisiones difíciles, la responsabilidad, la sobrecarga de obligaciones y preocupaciones, pudiendo precisar mayor grado de concentración y con una mayor exposición a muerte y sufrimiento.

Al- Hariri et al. quiso evaluar el impacto psicológico de los trabajadores de urgencias hospitalarias y la posible relación con el COVID y los ingresos familiares. De 74 participantes, entre ellos: médicos, enfermeros, y administrativos, un 47.3% reportaron síntomas de burnout (similares a estudios previos que estaban entre el 44 y 45%). Gran parte de dichos estudios reportan cifras de agotamiento superiores en enfermería respecto a otras profesiones sanitarias.

En 2022 se publica un estudio realizado por Martínez-Ciazitl et al. que pretende valorar los cambios y características de los individuos en relación al agotamiento emocional y la ansiedad. Se administran 2 encuestas en 2 periodos diferentes de la pandemia, la primera contestada por 539 participantes y abierta a todos los trabajadores del hospital y la segunda por 484 en total divididos en 4 grupos (enfermeros, otros profesionales sanitarios, otro personal clínico sin contacto con pacientes y otros roles no clínicos). Se obtuvieron cifras de burnout de un 41.1% en la primera encuesta y 49.8% en la segunda y de ansiedad en un 9.7% y 11.6% respectivamente. El agotamiento emocional fue superior en enfermeros con niños y ancianos e inferior en roles no clínicos con una prevalencia del 54.3% en la primera encuesta y 62.9% en la segunda por parte de enfermería, de 38.4 a un 44.2% en clínicos sin contacto con pacientes y de un 31.7 a un 37.9% en trabajadores no clínicos. Al inicio de la pandemia de COVID-19 ya existían elevadas tasas de agotamiento o burnout, que oscilaban entre un 30 y un 42 % los primeros meses de pandemia. En enfermería, estos niveles ascendieron de un 54.3% en 2020 a un 62% en 2021. Otro estudio, el de Yu et al. también encontró mayor tasa de agotamiento en mujeres y personal más joven encontrando valores del 29% o el publicado en 2022, con una encuesta realizada por profesionales sanitarios de un servicio de UCI (médicos, enfermeros, administrativos, trabajadores sociales y farmacéuticos) realizado por Moll et al. en el que se reportaron datos de 1422 médicos con una tasa de respuesta del 49.9%, siendo más alta por parte de enfermería en más de un 50% al igual que los niveles de burnout, como en la mayoría de los estudios publicados (enfermería: 58-72% y médicos 51-58%), aunque con mayor prevalencia de agotamiento en aquellos con más de 3 a 5 años de experiencia laboral.

En 2022 se publica un artículo en el que 207 trabajadores completan una encuesta transversal, el de [Aljabri et al.](#) que tuvo una respuesta de aproximadamente el 50% de mujeres y mayores de 21 años, enfermeras (31%), seguidos de médicos (24%) y otros trabajadores afines (29%). Hallaron un nivel importante de agotamiento entre los trabajadores de atención médica de primera línea durante la pandemia de COVID-19, con puntuación media de burnout del 67,23%, siendo superiores los niveles entre el sexo femenino, trabajos por turnos rotativos de día y noche de más de 55 horas por semana, y a quienes se les cambió el horario, solteros (divorciados o separados), enfermeras, los que tenían menos años de experiencia, los que estaban infectados por COVID-19 y estaban en cuarentena, sin ser factor de riesgo en este caso la edad.

Un estudio realizado a 547 trabajadores de un hospital publicado por [Bashkin et al.](#) en 2021, pretendía evaluar varias dimensiones como el afrontamiento, agotamiento percepciones y preocupaciones, siendo el 17% médicos, 32% enfermeros y el otro 51% administrativos, informáticos, auxiliares de enfermería y de laboratorio. Existía una relación positiva entre el agotamiento y las preocupaciones, siendo de manera inversa la relación entre el agotamiento y el afrontamiento personal o percepción de crisis de los encuestados. Aparecieron diferencia de género, de profesión y de tipo de profesional en todas las dimensiones (con una media de agotamiento en médicos del 2.98 y enfermeras del 3.10) salvo en la autoevaluación del afrontamiento personal siendo mayor en mujeres, las cuales, expresaron preocupaciones más significativas, los médicos informaron de autoevaluación más positiva con menores preocupaciones y los enfermeros percepciones más positivas hacia el manejo de la crisis.

Como en otros artículos publicados anteriormente, aquellos profesionales que tuvieron contacto con pacientes con COVID obtuvieron resultados de agotamiento superiores, no fue el caso del de [Wilson et al.](#) que evaluaron este aspecto el midiendo el agotamiento y afrontamiento desadaptativo realizando 2 encuestas separadas por 7 meses en 378 profesionales con la mayoría de participantes mujeres (87%), caucásicas, con más de 15 años de experiencia y las profesiones más comunes eran masajistas (61%), enfermeros (12%) y médicos (8%) En este caso no se encontraron diferencias significativas entre los que tuvieron contacto con pacientes COVID respecto a los que no, ya que ambos grupos de encuestados presentaron altos niveles de ansiedad y agotamiento, sin influir específicamente este aspecto.

[Tan et al.](#) realizó una encuesta transversal a 45 individuos, 7 de ellos era personal de primera línea. El 48,9 % dio positivo por agotamiento (sin diferencias significativas entre médicos y no médicos (33,3% vs 59,3) o en aquellos que trabajan en primera línea de los que no lo hacen con un 28.6% frente a un 52,6% respectivamente. y el 62,2 % dio positivo por estrés, siendo los no médicos los que tenían más probabilidades de dar positivo en STS que los médicos (77,8 % frente a 28,6%). En 2021 se publicó el estudio realizado por [Jihn et al.](#) a 200 profesionales, de ellos 48 médicos, 83 personal de enfermería y 69 de otras profesiones sanitarias, con un agotamiento reportado basado en los niveles de agotamiento emocional de 26,48, despersonalización de 11,03 y realización personal 28,47.

- ESTRÉS:

El estrés es otro aspecto muy analizado y evaluado en varios de los artículos encontrados, estando presente en 6 de los 25.

En el que realizó [Kreh et al.](#) se administró una encuesta a 13 expertos de diferentes ámbitos sanitarios y dos países distintos. Destacaron como factores estresantes principales el acceso limitado a EPIs y pruebas de diagnóstico, la sensación de inseguridad e incertidumbre, el desconocimiento inicial, y los cambios en condiciones médicas y laborales, además de lo que conlleva el uso continuado más de 12 horas en ocasiones del EPI y la posibilidad de infección a familiares y amigos.

De la misma forma, en el de [Wright et al.](#) participaron 571 trabajadores evaluando distintos aspectos en relación a la exposición de factores estresantes, presentando un 15.3% estrés postraumático. Fueron tasas menores que en otros estudios publicados como el de Wuhan en China con casi más del 50%, pudiendo tener relación con episodios más elevados en lugares con fuertes brotes, pero en profesionales de urgencias fueron similares a las tasas reportadas en otros desastres naturales previos. Los factores más habituales fueron tener contacto directo con pacientes con COVID y estar inmunocomprometidos o tener un familiar vulnerable.

Según los datos aportados por [Bashkin et al.](#) el estrés prolongado puede desencadenar el agotamiento entre facultativos con factores estresantes similares a los comentados anteriormente como el trabajo por turnos, elevada carga de trabajo, y conflictos laborales generando una disminución de la calidad en la atención médica.

[Ibar et al.](#) en su estudio basado en el cortisol capilar, objetivaron una relación directamente proporcional del cortisol con el estrés percibido e inversa entre el

cortisol y la edad, siendo de nuevo mayor los valores en aquellos profesionales en contacto directo con pacientes con COVID y con aumento de despersonalización y menor en aquellos con una mayor realización personal. Otro aspecto a analizar en este caso por [Chu et al.](#) fue el grado de estrés relacionado al puesto de trabajo en personal hospitalario durante 6 semanas enviando un cuestionario autoadministrado. Se obtuvieron 402 respuestas tanto de personal médico como de enfermería. Las enfermeras eran en mayor número mujeres y los varones en mayor parte de raza negra y de más de 50 años. Un 75% del grupo médico consideraba que su trabajo los está poniendo en riesgo y al 89.1% les preocupaba transmitir el COVID a otros. El 13.3% de enfermería pensaba que no sobrevivirían al COVID si lo contraían y un 21.6% tuvo pensamientos de dimisión 4 veces superior al de los médicos.

[Yu et al.](#) realizó una encuesta transversal a 889 trabajadores hospitalarios intentando medir variables como ansiedad, burnout y estrés postraumático o traumático secundario entre otros. La mayoría de la población de la encuesta identificada eran mujeres (71 %), grupos raciales minoritarios (78 %) con proporción similar de en cada grupo de edad (24%). El 51% eran clínicos (21% médicos y el 30% enfermeros), y no clínicos en el 33%, y de ellos un 47 % prestaba atención clínica a pacientes con COVID-19. Un 13 % (n = 117) de los encuestados dio positivo en la prueba de estrés postraumático, el 45 % (n = 403) estrés traumático secundario moderado o alto y el 29 % (n = 206) informó agotamiento moderado. Las mujeres tenían probabilidades significativamente más altas de tener TEPT y aquellos entre 45 y 54 años de edad tenían menor probabilidad de un agotamiento moderado, siendo el personal más joven el que corría un mayor riesgo de presentarlo. En este estudio se apreciaron porcentajes relativamente pequeños de trabajadores de la salud que respaldaron la probable ansiedad por el coronavirus (6 %), el TEPT (13 %) y la obsesión por el coronavirus (21 %) siendo mayores las proporciones de Burnout (29%) y Estrés Traumático Secundario Moderado o Alto (45%). [Dobson et al.](#) en su estudio de Australia en 2021 informaron valores de estrés del 29% en el personal sanitario, de forma similar [Su et al.](#) reportaron cifras del 24.5% (9.9% de grado leve y 14.5% de moderado a severo). Por último, [Cantu et al.](#) y [Tan et al.](#) hallaron valores elevados, siendo superiores al 50% (54.8% y 62.2% respectivamente) respecto al estrés.

- ANSIEDAD:

La ansiedad ha sido una variable analizada en 15 de los 25, por lo que también es importante destacar los valores obtenidos.

[Wright et al.](#) encontró una relación inversa, pudiendo ser un hallazgo relacionado con el periodo de la pandemia estudiado, al inicio ante la incertidumbre la ansiedad era mayor, pero conforme avanzaba la pandemia y los recursos aumentaban iba disminuyendo, siendo la población con más probabilidades aquella en contacto con pacientes con COVID.

[Martinez-Ciazitl et al.](#) en sus dos encuestas reportó datos de aumento de ansiedad (9.7% en la primera y un 11.6% en la segunda) con valores directamente proporcionales a la mala calidad del sueño e inversamente proporcionales a la autoeficacia pandémica.

[Mc Keaveney et al.](#) realizó un estudio con entrevistas cualitativas y cuantitativas a 251 profesionales de nefrología (enfermeros, médicos y farmacéuticos) la mayoría de entre 45-54 años, con más de 20 años de experiencia laboral y casados o que conviven con alguien, presentando el 40.3% ansiedad y temor a acudir a su puesto de trabajo y un 49.8% de problemas de salud mental. Como ocurre en el análisis del agotamiento es también en varios artículos en los que la profesión de enfermería y el ser mujer son un factor de riesgo para presentar niveles más elevados de ansiedad confirmando los hallazgos encontrados en el estudio del brote de Asia de de J Z Huang et al. en China⁵², en el que los factores de riesgo fueron ser mujer, enfermera, cuidadora de primera línea y tener entre 26 y 40 años. También se ha demostrado que la exposición al virus es un factor de riesgo, al igual que la experiencia. Esto se refleja en la publicación de [Nissan et al.](#) Distribuyeron en su estudio una encuesta a 716 trabajadores de un hospital (personal administrativo, enfermeros y médicos), con un mayor nivel de angustia y ansiedad en el personal de enfermería.

También [Su et al.](#) investigó en su estudio a 503 trabajadores hospitalarios la prevalencia de estrés, ansiedad y depresión siendo de 24.5% (9.9% leve, 14.5% de moderado a extremadamente severo), 39.6% (10.1%leve, 29.5% de moderado a severo) y 31.2% (11.3%leve, 19.9% de moderado a severo) respectivamente. La mayoría de la población estudiada eran mujeres, enfermeros, casados y profesionales sanitarios de todo tipo (enfermeros, médicos, técnicos y administrativos). Fue en los técnicos en este caso los profesionales donde se encontraron mayores niveles de agotamiento y peor estado de salud mental y de

ansiedad siendo superiores conforme aumentaba la experiencia laboral y en enfermeras.

Así ocurre con el artículo de [Bettinsoli et al.](#) en el que se administran a 580 trabajadores de diferentes regiones italianas el cuestionario de salud general (GHQ-12), con un 33.5% de profesionales que tuvieron una puntuación superior al umbral de morbilidad de patología psiquiátrica, siendo la mayoría de las puntuaciones superiores al valor medio. Los profesionales médicos tenían mayor probabilidad de infectar a otros por lo que también podían tener una peor salud mental aunque en relación a la profesión, fueron los enfermeros los que se vieron más afectados y en cuestión de género fue el femenino el que informó de una peor situación psicológica.

[García-Reyna et al.](#) evaluó la presencia de ansiedad en 2136 trabajadores de un hospital, con un 51% de puntuaciones elevadas, siendo este porcentaje superior en mujeres y a diferencia de otros estudios en este caso fue superior en personal no clínico.

[Caillet et al.](#) en su estudio transversal pretendió medir la asociación que existe entre un elevado nivel de ansiedad (lo que indirectamente eleva también los valores de depresión y estrés postraumático) y los siguientes factores: ser mujer, > 35 años, tener antecedentes de burnout o trabajar en una unidad de COVID-19. Se evaluaron a 208 personas 75% mujeres, más del 50% sin hijos. Del total, 28 eran médicos (13%) y 84 enfermeras (41%). La incidencia de ansiedad fue muy alta, de un 48%, la de depresión fue del 16% y la de estrés del 27%.

[Londoño-Ramirez et al.](#) en su estudio evaluaron los niveles de ansiedad de trabajadores sanitarios hospitalarios frente a los de atención primaria con 343 participantes, 265(77,3%) pertenecían al grupo hospitalario y 78 (22,7%) al grupo de Atención Primaria. Las variables secundarias incluyeron varios datos demográficos. Los resultados fueron de casos de ansiedad en un 35,6% y riesgo de padecerla en un 21%, siendo mayor en el grupo de trabajadores de atención primaria, 32% vs 18%. La media de edad fue de 47,16 años y 76,9% eran mujeres. No se observaron diferencias en los niveles de ansiedad entre los grupos con o sin antecedentes médicos, influenciados por la presencia de infección por COVID-19, asociadas a haber estado en cuarentena o a que se hayan realizado cambios en la forma habitual de trabajo. Encontrando que las variables “mujer” y “enfermera” mostraron un mayor nivel de ansiedad, al igual que otros estudios realizados en poblaciones similares. En 2020 se publicó un artículo con mediciones hechas prepandemia, pero con datos agravados postpandemia, en el que [Cantu et al.](#) evaluó en 39 miembros de un

servicio de urgencias (enfermeras, médicos, médicos residentes y técnicos del departamento de emergencias) el nivel de ansiedad, agotamiento y estrés traumático secundario, obteniendo un 45,7 % una puntuación límite/ anormal, el 55,9 % una puntuación moderada y el 55,8 % una puntuación moderada-alta para cada uno de ellos respectivamente. [Italia et al.](#) administró cuestionarios validados a 558 individuos de población sanitaria del norte y sur de Italia, siendo 212 enfermeros y más del 70% mujeres con cifras del 35.6%. Algo inferior fue el valor hallado por [Dobson et al.](#) en ansiedad, en torno al 20%.

- DEPRESION:

Por último, aunque con una menor aparición en revisiones o artículos previos (6 de 25), la depresión es otra variable de estudio importante para tener una idea aproximada de lo que ha supuesto la pandemia en la salud mental de la población general y más específicamente de la sanitaria en este caso.

[Wright et al.](#) midió el nivel de depresión a través del cuestionario de salud del paciente-8 del personal hospitalario y de emergencias, siendo mayor la probabilidad, en aquellos inmunocomprometidos, presentándola en un 20.4%. Finalmente [Dobson et al.](#) en una encuesta transversal a 320 trabajadores (31% médicos, 26% enfermeros, 33% otros profesionales de la salud, 9% personal no clínico), siendo la mayoría de la muestra mujeres y con más de 5 años de experiencia, encontraron unos valores de depresión de moderados a graves en un 21%, un 20% ansiedad, y 29% TEPT. El personal médico presentaba niveles inferiores de ansiedad, siendo aquellos que trabajan en contacto con pacientes con COVID los que presentan niveles más elevados de resiliencia.

Otros autores que han estudiado los niveles de depresión en sanitarios, han sido [Su et al.](#) con un 31.2%, [Caillet et al.](#) con el 16%, [Wilson et al.](#) con un valor medio del 2.71 y [Jihn et al.](#) reportando una media del 8.87.

Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo evaluar el impacto de la pandemia por coronavirus en la salud mental de los trabajadores sanitarios en el ámbito hospitalario. Para ello, se han analizado variables como la angustia psicológica, el agotamiento, la ansiedad, depresión y estrés, evidenciando la existencia de niveles elevados en la gran parte de los artículos valorados con una afectación de moderada a severa. Todo ello, indica la importancia de unas medidas de prevención y en el caso de que se hayan desarrollado, una detección de forma temprana de estos síntomas para evitar la progresión y durabilidad de los mismos.

En el metaanálisis realizado por Pappa et al. con 13 estudios asiáticos ya encontraron una prevalencia combinada de ansiedad del 23.2% y depresión del 22.8%. Datos similares eran los aportados por Wu et al. con cifras de prevalencia global del 31.9% y 31.4% respectivamente y de Luo et al. del 33% de ansiedad y del 28% de depresión. Danet A. publicó en su revisión sistemática unas cifras del 54% de estrés en los profesionales de primera línea durante la pandemia, la ansiedad varió entre un 20 y un 72% según la población, siendo más elevada en Italia, el nivel de depresión oscilaba entre el 25% y 65% siendo superior entre los profesionales turcos, y finalmente el burnout entre el 32 y 37% con niveles más altos en la población italiana.

Se trata de valores considerablemente altos, para una población que tiene gran responsabilidad en su puesto de trabajo, con carga asistencial ya elevada, y está en constante situación de estrés, lo que puede verse agravado, como ha ocurrido en este caso, por cualquier desastre natural, pandemia o situación que afecte a la salud de mucha población.

En esta evaluación, se han encontrado diferencias significativas en variables ocupacionales y demográficas como sexo, profesión y años de experiencia. La mayoría de los artículos evaluados en esta revisión, presenta un mayor porcentaje de impacto en la salud mental de profesionales en el puesto de enfermería (19,20,26,27,29,31,32,34,35,38,39,40 y 41), pertenecientes al sexo femenino (20,26,29, 31,35 y 41), en personal con mas de 3 a 5 años de experiencia y en contacto con pacientes COVID (23,25,30,31 y 33).

Estos resultados, han podido verse influenciados por ser la mayoría de participantes encuestadas tanto enfermeras como mujeres, además de tener un contacto más estrecho con los pacientes. Otro punto importante a tener en cuenta, es en este tipo de población, la dificultad de conciliación familiar y cuidado de personal dependientes, ya sean niños o ancianos, lo que genera mayor angustia psicológica y estrés.. Aun así, son datos reportados en varias revisiones sistemáticas ya publicadas previamente en relación a este tema, por lo que sigue siendo un aspecto importante a tener en cuenta como posible factor de riesgo

asociado y por lo tanto, considerarse un grupo de población sobre el que insistir en la identificación eficaz,, actuar de forma precoz y hacer un seguimiento de su evolución, con el objetivo de mejorar su calidad de vida. ^{42,43,44 y 45}

Como limitaciones, destacar que se han descartado los estudios no publicados en inglés o español, también aquellos en los que la población de estudio eran grupos aislados de profesionales, por ejemplo, enfermería únicamente, médicos, u otro tipo de personal sanitario, sin contemplar otros puestos de trabajo asociados, por lo que se ha podido dejar de valorar algún otro estudio que cumpliera el resto de criterios de inclusión.

La mayoría de los autores sugieren que se deben planificar e implementar intervenciones preventivas y promocionales para mejorar la salud mental de este grupo de profesionales y mejorar su bienestar, tanto físico como psicológico derivando todo ello en una mejora del estado del trabajador, y por lo tanto y muy importante, de la atención al paciente. En los estudios previos realizados, indican que a una buena alternativa es la terapia entre “colegas” o compañeros de trabajo, ya que al ver a otros semejantes en situación similar, es más productivo para la mejora de los síntomas psicológicos. También plantean la realización de grupos de ayuda y formación interprofesional, para adquirir conocimientos y herramientas de afrontamiento para este tipo de situaciones. De forma general, la satisfacción laboral se ha visto mejorada al realizar programas que enfatizan las estrategias de cuidado personal, así como las habilidades para desarrollar una autoestima positiva y estableciendo metas a largo plazo, aumentando la flexibilidad y controlando las emociones y el estrés. A nivel institucional, es vital, evaluar de forma precisa la carga de trabajo que se espera de los trabajadores y optimizarla mediante la distribución de tareas y el uso adecuado del personal auxiliar. ^{23, 50}

A pesar de todo ello, se necesitan más estudios que evalúen el impacto psicológico que han sufrido los trabajadores sanitarios, sobre todo, los presentes a largo plazo. ⁴⁶

7. CONCLUSIONES

Desde el inicio de la pandemia de COVID en Noviembre de 2019, han ido apareciendo casos cada vez más frecuentes de patología psiquiátrica en el personal sanitario de todo tipo, tanto en Atención Primaria como Hospitalaria y por lo tanto, su evaluación y estudio sigue siendo continuo debido al aumento de éstos. Se trata de un problema que ya existía previamente, pero que se ha acrecentado desde la pandemia de COVID-19, tanto es así, que se habla en algunos artículos del agotamiento y el estrés laboral en estos trabajadores como de una “pandemia paralela” que va a seguir avanzando y creciendo en un futuro no muy lejano.

Se han analizado variables como la angustia psicológica, el agotamiento, la ansiedad, depresión y estrés del personal sanitario en múltiples ámbitos siendo en la gran parte de los artículos valoradas con un nivel de afectación de moderado a severo. Los factores de riesgo más habituales en ellos han sido: ser mujer, personal de enfermería, haber trabajado con pacientes con COVID, y tener más de 3 a 5 años de experiencia laboral.

Se deben realizar intervenciones de tipo individual y colectivo, tanto preventivas como de promoción de la salud mental y física en los trabajadores sanitarios, más aún, después de este periodo de pandemia que ha producido un gran impacto psicológico en ellos. Es preciso realizar más estudios, tanto en el presente como en un futuro, para poder evaluar el daño producido y las posibles secuelas residuales y así planificar campañas de ayuda de forma habitual o en una posible situación similar.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Dalmau, I, Ferrer, R. Revisión del concepto de carga mental: evaluación, consecuencias y proceso de normalización (2004). Anuario de psicología Vol. 35 Núm. 4 Pág. 521-546.
2. BELTRAN TAURA, Paula (2014). La carga de trabajo. La fatiga y la insatisfacción laboral - INVASSAT - Generalitat Valenciana [Internet]. INVASSAT. [cited 2022 Jul 11]. Disponible en la web:

[http://invassat.gva.es/va/visor-monograficos/
/asset_publisher/LvSYKI0K6pLa/content/beltran-taura-paula-2014-la-carga-de-trabajo-la-fatiga-y-la-insatisfaccion-laboral](http://invassat.gva.es/va/visor-monograficos/asset_publisher/LvSYKI0K6pLa/content/beltran-taura-paula-2014-la-carga-de-trabajo-la-fatiga-y-la-insatisfaccion-laboral).
3. José María Cortés Díaz. Técnicas de prevención de riesgos laborales (11ª Edición): seguridad y salud en el trabajo. Madrid: Editorial Tébar, Mayo; 2018.
4. Soto A. D.-CARGA MENTAL 11. Carga Mental [Internet]. Disponible en web: <https://w3.ual.es/GruposInv/Prevencion/evaluacion/procedimiento/D.%20Carga%20mental.pdf>
5. Nogareda, C. (1986). *NTP 179: La carga mental del trabajo: definición y evaluación*. INSHT. Disponible en web:

http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/101a200/ntp_179.pdf
6. Pallanti S, Grassi E, Makris N, Gasic GP, Hollander E. Neurocovid-19: A clinical neuroscience-based approach to reduce SARS-CoV-2 related mental health sequelae. *J Psychiatr Res.* 2020 Nov; 130: 215-217. doi: 10.1016/j.jpsychires.2020.08.008. Epub 2020 Aug 15. PMID: 32836010; PMCID: PMC7428715.
7. Klok F.A, Boon G, Barco S, Endres M, Geelhoed J.J, Knauss S, et al. The Post-COVID-19 Functional Status scale: a tool to measure functional status over time after COVID-19. *European Respiratory Journal* 2020 56: 2001494; DOI: 10.1183/13993003.01494-2020.
8. Zhan YX, Zhao SY, Yuan J, Liu H, Liu YF, Gui LL, Zheng H, Zhou YM, Qiu LH, Chen JH, Yu JH, Li SY. Prevalence and Influencing Factors on Fatigue of First-line Nurses Combating with COVID-19 in China: A Descriptive Cross-Sectional Study. *Curr Med*

- Sci. 2020 Aug; 40(4):625-635. doi: 10.1007/s11596-020-2226-9. Epub 2020 Aug 29. PMID: 32767264; PMCID: PMC7412774.
9. Cherepanov E. Responding to the Psychological Needs of Health Workers During Pandemic: Ten Lessons From Humanitarian Work. *Disaster Med Public Health Prep.* 2022 Apr;16(2):734-740. doi: 10.1017/dmp.2020.356. Epub 2020 Sep 10. PMID: 32907680; PMCID: PMC7737122.
 10. Saqib A, Rampal T. Quality improvement report: setting up a staff well-being hub through continuous engagement. *BMJ Open Quality* 2020;9:e001008. doi: 10.1136/bmjopen-2020-001008
 11. Ferrer R. COVID-19 Pandemic: the greatest challenge in the history of critical care. *Medicina Intensiva.* 2020 August-September;44(6):323–4. doi: 10.1016/j.medine.2020.04.005. Epub 2020 Jul 6. PMCID: PMC7336911.
 12. Graham Y, Mahawar K, Riera M, Islam O, Bhasker AG, Wilson M, Tahrani A, Moize V, Leal A, Hayes C. Emotional Resilience and Bariatric Surgical Teams: a Priority in the Pandemic. *Obes Surg.* 2021 Apr;31(4):1887-1890. doi: 10.1007/s11695-020-05083-1. Epub 2020 Nov 2. PMID: 33136263; PMCID: PMC7604646.
 13. Gautam M, Kaur M, Mahr G. COVID-19-Associated Psychiatric Symptoms in Health Care Workers: Viewpoint From Internal Medicine and Psychiatry Residents. *Psychosomatics.* 2020 Sep-Oct;61(5):579-581. doi: 10.1016/j.psych.2020.04.009. Epub 2020 Apr 20. PMID: 32439184; PMCID: PMC7169887.
 14. Orrù G, Marzetti F, Conversano C, Vaghegghini G, Miccoli M, Ciacchini R, Panait E, Gemignani A. Secondary Traumatic Stress and Burnout in Healthcare Workers during COVID-19 Outbreak. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Jan 5;18(1):337. doi: 10.3390/ijerph18010337. PMID: 33466346; PMCID: PMC7794988.
 15. Pérez-Chacón M, Chacón A, Borda-Mas M, Averages-Navarro ML. Sensory Processing Sensitivity and Compassion Satisfaction as Risk/Protective Factors from Burnout and Compassion Fatigue in Healthcare and Education Professionals. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Jan 12;18(2):611. doi: 10.3390/ijerph18020611. PMID: 33445789; PMCID: PMC7828252.
 16. Blake H, Bermingham F, Johnson G, Tabner A. Mitigating the Psychological Impact of COVID-19 on Healthcare Workers: A Digital Learning Package. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Apr 26;17(9):2997. doi: 10.3390/ijerph17092997. PMID: 32357424; PMCID: PMC7246821.
 17. Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R, Bi J, Zhan G, Xu X, Wang L, Zhou Q, Zhou C, Pan Y, Liu S, Zhang H, Yang J, Zhu B, Hu Y, Hashimoto K, Jia Y, Wang H,

- Wang R, Liu C, Yang C. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain Behav Immun.* 2020 Aug; 88:916-919. doi: 10.1016/j.bbi.2020.03.007. Epub 2020 Mar 10. PMID: 32169498; PMCID: PMC7102670.
18. Sagherian K, Steege LM, Cobb SJ, Cho H. Insomnia, fatigue and psychosocial well-being during COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey of hospital nursing staff in the United States. *J Clin Nurs.* 2020 Nov 20:10.1111/jocn.15566. doi: 10.1111/jocn.15566. Epub ahead of print. PMID: 33219569; PMCID: PMC7753687.
19. Maunder RG, Heeney ND, Kiss A, Hunter JJ, Jeffs LP, Ginty L, Johnstone J, Loftus CA, Wiesenfeld LA. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on hospital workers over time: Relationship to occupational role, living with children and elders, and modifiable factors. *Gen Hosp Psychiatry.* 2021 Jul- Aug;71:88-94. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2021.04.012. Epub 2021 May 5. PMID: 33971518; PMCID: PMC8096521.
20. Martínez-Cuazitl A, Martínez-Salazar IN, Maza-De La Torre G, García-Dávila JA, Montelongo-Mercado EA, García-Ruiz A, Noyola-Villalobos HF, García-Araiza MG, Hernández-Díaz S, Villegas-Tapia DL, Cerda-Reyes E, Chávez-Velasco AS, García-Hernández JS. Burnout Syndrome in a Military Tertiary Hospital Staff during the COVID-19 Contingency. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Feb 16;19(4):2229. doi: 10.3390/ijerph19042229. PMID: 35206414; PMCID: PMC8872413.
21. Moll, V., Meissen, H., Pappas, S., Xu, K., Rimawi, R., Buchman, T.G., Fisher, L., Bakshi, V., Zellinger, M., Coopersmith, C.M. The Coronavirus Disease 2019 Pandemic Impacts Burnout Syndrome Differently among Multiprofessional Critical Care Clinicians - A Longitudinal Survey Study (2022) *Critical Care Medicine*, 50 (3), pp. 440-448.
22. Jihn, C.-H., Kim, B., Kim, K.S. Predictors of burnout in hospital health workers during the covid-19 outbreak in South Korea (2021) *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (21), art. no. 11720,
23. Kreh A, Brancaloni R, Magalini SC, Chieffo DPR, Flad B, Ellebrecht N, Juen B. Ethical and psychosocial considerations for hospital personnel in the Covid-19 crisis: Moral injury and resilience. *PLoS One.* 2021 Apr 2;16(4):e0249609. doi: 10.1371/journal.pone.0249609. PMID: 33798251; PMCID: PMC8018614.
24. García-Reyna B, Castillo-García GD, Barbosa-Camacho FJ, Cervantes-Cardona GA, Cervantes-Pérez E, Esparza-Estrada I, Brancaccio-Pérez IV, Silva-González G,

- Fuentes-Orozco C, Pintor-Belmontes KJ, Guzmán-Ramírez BG, Navarro DR, Ibarrola- Peña JC, López VAS, Chejfec-Ciociano JM, Sapién-Fernández JH, González-Ojeda A, Cervantes-Guevara G. Anxiety and COVID-19: Coronavirus Anxiety Scale scores in medical and non-medical personnel in urban hospitals in Guadalajara. A cross-sectional survey study. *Death Stud.* 2022;46(3):581-589. doi: 10.1080/07481187.2021.1936297. Epub 2021 Jun 28. PMID: 34181508.
25. Ibar C, Fortuna F, Gonzalez D, Jamardo J, Jacobsen D, Pugliese L, Giraudo L, Ceres V, Mendoza C, Repetto EM, Reboredo G, Iglesias S, Azzara S, Berg G, Zopatti D, Fabre B. Evaluation of stress, burnout and hair cortisol levels in health workers at a University Hospital during COVID-19 pandemic. *Psychoneuroendocrinology.* 2021 Jun;128:105213. doi: 10.1016/j.psyneuen.2021.105213. Epub 2021 Apr 1. PMID: 33845387; PMCID: PMC8015376.
26. Mc Keaveney C, Reid J, Carswell C, Bonner A, de Barbieri I, Johnston W, Maxwell AP, O'Riordan J, Strini V, Walsh I, Noble H. Experiences of renal healthcare practitioners during the COVID-19 pandemic: a multi-methods approach. *BMC Nephrol.* 2021 Sep 7;22(1):301. doi: 10.1186/s12882-021-02500-0. PMID: 34493246; PMCID: PMC8421457.
27. Al Hariri M, Hamade B, Bizri M, Salman O, Tamim H, Al Jalbout N. Psychological impact of COVID-19 on emergency department healthcare workers in a tertiary care center during a national economic crisis. *Am J Emerg Med.* 2022 Jan;51:342-347. doi: 10.1016/j.ajem.2021.10.055. Epub 2021 Nov 6. PMID: 34808456; PMCID: PMC8571126.
28. Wilson, Chloe A.;Metwally, Hannahb;Heavner, Smithc;Kennedy, Ann BlairdSend mail to Kennedy A.B.;Britt, Thomas W.a. Chronicling moral distress among healthcare providers during the COVID-19 pandemic: A longitudinal analysis of mental health strain, burnout, and maladaptive coping behaviours. *International Journal of Mental Health Nursing*Open AccessVolume 31, Issue 1, Pages 111 - 127February 2022.
29. Aljabri D, Alshatti F, Alumran A, Al-Rayes S, Alsalman D, Althumairi A, et al. Sociodemographic and Occupational Factors Associated With Burnout: A Study Among Frontline Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic. *Front Public Health* 2022;10.
30. Wright HM, Griffin BJ, Shoji K, Love TM, Langenecker SA, Benight CC, Smith AJ. Pandemic-related mental health risk among front line personnel. *J Psychiatr Res.*

- 2021 May;137:673-680. doi: 10.1016/j.jpsychires.2020.10.045. Epub 2020 Nov 4. PMID: 33189356.
31. Caillet A, Coste C, Sanchez R, Allaouchiche B. Psychological Impact of COVID-19 on ICU Caregivers. *Anaesth Crit Care Pain Med* 2020;39(6):717-722.
 32. Su P.-A., Lo M.-C., Wang C.-L., Yang P.-C., Chang C.-I., Huang M.-C., Huang M.-K., Cheng K.-I. The correlation between professional quality of life and mental health outcomes among hospital personnel during the Covid-19 pandemic in Taiwan. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2021 14 (3485-3495).
 33. Dobson, H., Malpas, C.B., Burrell, A.J.C., Gurvich, C., Chen, L., Kulkarni, J., Winton-Brown, T. Burnout and psychological distress amongst Australian healthcare workers during the COVID-19 pandemic (2021) *Australasian Psychiatry*, 29 (1), pp. 26-30.
 34. Chu E, Lee KM, Stotts R, Benjenk I, Ho G, Yamane D, Mullins B, Heinz ER. Hospital-Based Health Care Worker Perceptions of Personal Risk Related to COVID-19. *J Am Board Fam Med*. 2021 Feb;34(Suppl):S103-S112. doi: 10.3122/jabfm.2021.S1.200343. PMID: 33622825.
 35. Bettinsoli M.L., Di Riso D., Napier J.L., Moretti L., Bettinsoli P., Delmedico M., Piazzolla A., Moretti B. Mental Health Conditions of Italian Healthcare Professionals during the COVID-19 Disease Outbreak. *Applied psychology. Health and well-being* 2020 12:4 (1054-1073).
 36. Cantu L, Thomas L. Baseline well-being, perceptions of critical incidents, and openness to debriefing in community hospital emergency department clinical staff before COVID-19, a cross-sectional study. *BMC Emerg Med* 2020;20(1).
 37. Tan YQ, Chan MT, Chiong E. Psychological health among surgical providers during the COVID-19 pandemic: a call to action. *Br J Surg* 2020;107(11):e459-e460.
 38. Londoño-Ramírez AC, García-Pla S, Bernabeu-Juan P, Pérez-Martínez E, Rodríguez-Marín J, van-der Hofstadt-Román CJ. Impact of COVID-19 on the Anxiety Perceived by Healthcare Professionals: Differences between Primary Care and Hospital Care. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 22;18(6):3277. doi: 10.3390/ijerph18063277. PMID: 33810004; PMCID: PMC8004692.
 39. Nissan D, Weiss G, Siman-Tov M, Spitz A, Bodas M, Shenhar G, Adini B. Differences in levels of psychological distress, perceived safety, trust, and efficacy amongst hospital personnel during the COVID-19 pandemic. *Res Nurs Health*. 2021 Oct;44(5):776-786. doi: 10.1002/nur.22165. Epub 2021 Jun 30. PMID: 34196029.

40. Bashkin, O., Davidovitch, N., Asna, N., Schwartz, D., Dopelt, K. The organizational atmosphere in Israeli hospital during COVID-19: Concerns, perceptions, and burnout (2021) *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (11), art. no. 5544.
41. Yu B, Barnett D, Menon V, Rabiee L, De Castro YS, Kasubhai M, Watkins E. Healthcare worker trauma and related mental health outcomes during the COVID-19 outbreak in New York City. *PLoS One*. 2022 Apr 29;17(4):e0267315. doi: 10.1371/journal.pone.0267315. PMID: 35486610; PMCID: PMC9053820.
42. Maunder RG et al. Factors associated with the psychological impact of severe acute respiratory syndrome on nurses and other hospital workers in Toronto. *Psychosom Med*. 2004;66(6):938–42.
43. Danet Danet A. Psychological impact of COVID-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals. A systematic review. *Clin (Barc)*. 2021 May 7;156(9):449-458. doi: 10.1016/j.medcli.2020.11.009. Epub 2021 Jan 1.
44. Cheung, T., Fong, T. K. H., and Bressington, D. (2020). COVID-19 under the SARS Cloud: mental health nursing during the pandemic in Hong Kong. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs*. 28, 115–117. doi: 10.1111/jpm.12639.
45. Liu C., Yang Y., Zhang X.M., Xu X., Dou Q.-L., Zhang W.-W. The prevalence and influencing factors for anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: a cross-sectional survey. *medRxiv*. 2020 2020.03.05.20032003.
46. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. 2020 Aug;88:901-907. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.026. Epub 2020 May 8.
47. Luo M, Guo L, Yu M, Jiang W, Wang H. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public - A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2020 Sep;291:113190. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113190. Epub 2020 Jun 7.
48. Wu T, Jia X, Shi H, Niu J, Yin X, Xie J, Wang X. Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2021 Feb 15;281:91-98. doi: 10.1016/j.jad.2020.11.117. Epub 2020 Dec 3.
49. Vizheh M, Qorbani M, Arzaghi SM, Muhidin S, Javanmard Z, Esmaeili M.J. The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Diabetes Metab Disord*. 2020 Oct 26;19(2):1-12. doi: 10.1007/s40200-020-00643-9.

50. Howell BAM. Battling Burnout at the Frontlines of Health Care Amid COVID-19. AACN Adv Crit Care. 2021 Jun 15;32(2):195-203. doi: 10.4037/aacnacc2021454. PMID: 3388257615. Pérez-Chacón M, Chacón A, Borda-Mas M, Avargues-Navarro ML. Sensory Processing Sensitivity and Compassion Satisfaction as Risk/Protective Factors from Burnout and Compassion Fatigue in Healthcare and Education Professionals. Int J Environ Res Public Health. 2021 Jan 12;18(2):611. doi: 10.3390/ijerph18020611. PMID: 33445789; PMCID: PMC7828252.
51. Italia S, Costa C, Briguglio G, Mento C, Muscatello MRA, Alibrandi A, Larese Filon F, Spatari G, Teodoro M, Fenga C. Quality of Life, Insomnia and Coping Strategies during COVID-19 Pandemic in Hospital Workers. A Cross-Sectional Study. Int J Environ Res Public Health. 2021 Nov 26;18(23):12466. doi: 10.3390/ijerph182312466. PMID: 34886191; PMCID: PMC8656884.
52. Huang, Y, Zhao, N., 2020. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 epidemic in China: a web-based cross-sectional survey 2 3. doi:10.1101/2020.02.19.20025395.



