



## **MÁSTER EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES**

### **TRABAJO FIN DE MÁSTER**

Estrés y Constructos Relacionados en Profesionales  
Médicos en la Era de la Postpandemia COVID-19:  
Evaluación y Propuestas de intervención. Propuesta  
Teórica sin Intervención en Personas Físicas

**AUTORA:** Irene Císcar García

**TUTOR:** Felipe Navarro Cremades

**Curso 2023/24**



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

D. Felipe Navarro Cremades, Tutor del Trabajo Fin de Máster, titulado “Estrés y Constructos Relacionados en Profesionales Médicos en la Era de la Postpandemia COVID-19: Evaluación y Propuestas de intervención. Propuesta Teórica sin Intervención en Personas Físicas” y realizado por la estudiante Irene Císcar García.

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

Fecha de la autorización: 30 de Mayo de 2024

Fdo.: Felipe Navarro Cremades  
Tutor TFM

## ÍNDICE

<b>1.- RESUMEN</b>	<b>6</b>
Abreviaturas	9
<b>2.- INTRODUCCIÓN</b>	<b>12</b>
Generalidades	12
¿Por qué interesarnos por el estrés?	13
Asociación del estrés con el ritmo respiratorio	14
Trastornos asociados a situaciones estresantes	16
Contextualización de la era postpandemia COVID-19	21
Resiliencia psicológica: Un marco de regulación afectiva	25
Crecimiento personal post traumático	27
Mejoría de la resiliencia en el ámbito de trabajo	29
<b>3.- JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS</b>	<b>31</b>
Justificación	31
Objetivos	32
Generales	32
Específicos	32
<b>4.- MÉTODOS</b>	<b>34</b>
4.1.- Revisión de la literatura	36
4.2.- Propuesta de intervención	47
4.2.1.- Introducción	47
4.2.3.- Propuesta de intervención específica	52
<b>5.- CONCLUSIONES</b>	<b>67</b>
<b>6.- REFERENCIAS</b>	<b>69</b>

## 1.- RESUMEN

**Introducción:** En las últimas décadas, el aumento de brotes de enfermedades transmisibles ha puesto de relieve la necesidad de comprender y gestionar los riesgos asociados con la emergencia y propagación de enfermedades infecciosas. Los profesionales de la salud, enfrentando un entorno laboral estresante, corren el riesgo de experimentar síntomas relacionados con el síndrome de burnout, afectando su bienestar y la calidad asistencial.

La reciente pandemia de COVID-19 ha exacerbado estas tensiones, exponiendo a los trabajadores de la salud a una carga física y emocional sin precedentes. Esta situación ha destacado la importancia de abordar los efectos del estrés en los profesionales médicos en la era postpandémica.

**Justificación:** Este trabajo se justifica por la urgente necesidad de comprender y mitigar los efectos del estrés en estos profesionales, así como por la propuesta de intervención para promover su bienestar y la eficacia del sistema de salud.

**Objetivos:**

- Evaluar el impacto del estrés en los profesionales médicos.
- Identificar factores desencadenantes y manifestaciones del estrés.
- Proponer estrategias de intervención.
- Contribuir al desarrollo de recomendaciones prácticas y políticas públicas y laborales de salud *ad hoc* para mejorar la calidad de vida y la atención médica en tiempos de crisis y más allá.

**Metodología:** En una primera fase se llevó a cabo una revisión de la literatura, empleando y siguiendo en lo posible un enfoque sistemático que incluyó la búsqueda en bases de datos electrónicas y la selección de estudios se basó en criterios predefinidos. Se realizó un análisis crítico de los estudios seleccionados para identificar patrones y tendencias. Posteriormente se realizó la propuesta de intervención se basada en los hallazgos de la revisión previa y se estructuró en torno a áreas clave de intervención, como el apoyo psicológico y la mejora del entorno laboral. Se diseñaron estrategias específicas considerando su viabilidad y sostenibilidad.

**Conclusiones:** La compleja crisis sanitaria asociada a la pandemia ha afectado profundamente la salud mental de los profesionales sanitarios, con altas tasas de ansiedad, depresión y estrés. Factores como la exposición al virus y la falta de apoyo contribuyen al problema. Se requieren intervenciones adaptadas para promover un entorno laboral más saludable y apoyar la resiliencia de los trabajadores. Abordar el bienestar psicológico no solo es crucial para los profesionales y sus diversos entornos, sino también para la seguridad de los pacientes y usuarios del sistema sanitario.

**Palabras clave:** “Impacto psicológico”, “Trabajadores de la salud”, “COVID-19”, “Salud mental”, “Estrés laboral”, “Intervenciones de apoyo”



## Abreviaturas

- ACT: Acceptance and Commitment Therapy (Terapia de Aceptación y Compromiso)
- BAI: Beck Anxiety Inventory (Inventario de Ansiedad de Beck)
- BDI: Beck Depression Inventory (Inventario de Depresión de Beck)
- BSI: Brief Symptom Inventory (Inventario Breve de Síntomas)
- BRCS: Brief Resilient Coping Scale (Escala Breve de Afrontamiento Resiliente)
- CAR: Cortisol Awakening Response (Respuesta del cortisol al despertar)
- CEIM: Comité Ético Investigador Médico - Comité Ético de Investigación Médica
- CERQ: Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva)
- CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª edición
- CS Scale: Compassion Scale (Escala de Compasión)
- COVID-19: Coronavirus Disease 2019 (Enfermedad por coronavirus 2019)
- DBT: Dialectical Behavior Therapy (Terapia Dialéctico-Conductual)
- DASS-21: Depression, Anxiety and Stress Scale-21 (Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-21)
- DSM-5-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición, revisión del texto)
- EPP: Equipos de Protección Personal
- FCV-19S: Fear of COVID-19 Scale (Escala de Miedo a la COVID-19)
- FS-HPs: Fear Scale for Healthcare Professionals (Escala de Miedo para Profesionales de la Salud)
- GHQ: General Health Questionnaire - Cuestionario de Salud General
- GHQ-22: General Health Questionnaire-22 (Cuestionario de Salud General-22)
- GAD-7: Generalized Anxiety Disorder-7 (Trastorno de Ansiedad Generalizada-7)

- HDRS: Hamilton Depression Rating Scale (Escala de Depresión de Hamilton)
- H1N1: Subtype of Influenza A Virus (Subtipo del virus de la gripe A)
- H7N9: Subtype of Avian Influenza Virus (Subtipo del virus de la gripe aviar)
- HARS: Hamilton Anxiety Rating Scale (Escala de Ansiedad de Hamilton)
- IES-6: Impact of Events Scale-6 (Escala de Impacto del Evento-6)
- IES-R: Impact of Event Scale-Revised (Escala de Impacto del Evento Revisada)
- IDER: Inventario de Depresión Estado/Rasgo - Inventario de Depresión Estado-Rasgo
- ISI-7: Insomnia Severity Index-7 (Índice de Severidad de Insomnio-7)
- ITSS: Inspección de Trabajo y Seguridad Social
- LO: Ley Orgánica
- MBI: Maslach Burnout Inventory (Inventario de Burnout de Maslach)
- MB: Mini-Z: Mini-Z Burnout Survey (Encuesta de Burnout Mini-Z)
- MERS: Middle East Respiratory Syndrome (Síndrome respiratorio de Oriente Medio)
- MERS-CoV: Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (Síndrome Respiratorio de Oriente Medio por Coronavirus)
- MMSE: Mini-Mental State Examination - Examen Estatal Mental Mínimo
- MOS-SSS: Medical Outcomes Study Social Support Survey - Encuesta de Apoyo Social del Estudio de Resultados Médicos
- PANAS: Positive and Negative Affect Schedule - Programa de Afecto Positivo y Negativo
- PC-PTSD 5: Primary Care-PTSD Screen for DSM-5 (Pantalla de TEPT para Atención Primaria del DSM-5)
- PHQ-2: Patient Health Questionnaire-2 (Cuestionario de Salud del Paciente-2)
- PHQ-8: Patient Health Questionnaire-8 (Cuestionario de Salud del Paciente-8)
- PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9 (Cuestionario de Salud del Paciente-9)
- PhW-BI: Physician Well-Being Index (Índice de Bienestar del Médico)
- ProQoL: Professional Quality of Life - Calidad de Vida Profesional

- ProQoL 5: Professional Quality of Life Scale-5 (Escala de Calidad de Vida Profesional-5)
- PTG: Post-Traumatic Growth (Crecimiento Post-Traumático)
- PSS: Perceived Stress Scale - Escala de Estrés Percibido
- RGPD: Reglamento General de Protección de Datos (UE 2016/679) - Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea 2016/679
- RSA: Resilience Scale for Adults (Escala de Resiliencia para Adultos)
- SAS: Self-Rating Anxiety Scale (Escala de Ansiedad de Autocalificación)



## 2.- INTRODUCCIÓN

### Generalidades

En las últimas décadas, se ha observado un aumento significativo en la ocurrencia de brotes de enfermedades transmisibles, fenómeno atribuido a una serie de factores que incluyen el crecimiento poblacional, la creciente interconexión global, los cambios en los ecosistemas, y los efectos del cambio climático, entre otros (F. Sim, 2011). Esta tendencia ha sido acompañada por la emergencia y propagación de enfermedades infecciosas, algunas de las cuales han generado epidemias de alcance global. Ejemplos notables de estas enfermedades incluyen el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) en 2003, la gripe A (H1N1) en 2009, el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) en 2012, el brote de Ébola en 2014, así como los más recientes casos de la gripe aviar (H7N9) y el coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo 2 (SARS-CoV-2), que ha dado lugar a la pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) (World Health Organization/WHO. Disease Outbreak News). Estos eventos epidemiológicos han subrayado la necesidad de una mayor comprensión y gestión de los riesgos asociados con la aparición y propagación de enfermedades infecciosas en el globalizado mundo contemporáneo.

Los profesionales del ámbito sanitario desempeñan su trabajo en entornos dificultosos, manteniendo un contacto constante con individuos que enfrentan dificultades y complicaciones. En la mayoría de las especialidades, prevalece un ambiente laboral estresante debido a la sobrecarga asistencial, la atención a pacientes urgentes, los turnos rotatorios y la gravedad de los pacientes que requieren atención. Además, el alto nivel de estrés continuo se presenta como un factor externo que contribuye al desarrollo de estados emocionales negativos asociados o post estrés, como los trastornos de ansiedad y depresivos.

En el ámbito de la Prevención de Riesgos Laborales, el Criterio Técnico 104/2021, emitido el 14 de abril de 2021, establece pautas para las acciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social (ITSS) en cuanto a los riesgos psicosociales en el ámbito laboral. Estos riesgos abarcan aspectos como la

sobrecarga laboral, el acoso, la violencia, la falta de control sobre las tareas y las relaciones interpersonales en el trabajo. Su propósito es adecuar el contenido de la Guía y los Principios del Comité de Altos Responsables de la Inspección de Trabajo (SLIC) al marco legal español vigente. Aspectos clave de este criterio incluyen la valoración y evaluación de los riesgos psicosociales (abordando cómo realizar dicha evaluación en el entorno laboral) y la armonización normativa (aplicando las regulaciones en los diversos Estados miembros) (Criterio Técnico 104/2021, 2021).

### ¿Por qué interesarnos por el estrés?

El estrés, un tema central en la investigación científica, tiene un impacto significativo en la salud humana. A través de respuestas neuroendocrinas y autonómicas, y cambios en comportamientos relacionados con la salud, como la dieta, el estrés puede afectar directamente la salud, habiéndose demostrado que está fuertemente vinculado a resultados negativos para la salud, como hipertensión y enfermedades cardiovasculares (McEwen & McEwen, 2016). Asimismo, alteraciones en los ritmos circadianos, como la respuesta del cortisol al despertar (CAR) y la pendiente diurna del cortisol, también están asociadas con una variedad de resultados de salud, incluida la depresión y la inflamación (O'Connor et al., 2020). La exposición a la adversidad en la infancia también influye en la respuesta al estrés y la salud en la edad adulta, con experiencias traumáticas asociadas a una mayor susceptibilidad a enfermedades y cambios en la función del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal (O'Connor et al., 2016).

El sistema nervioso autónomo juega un papel crucial en el estrés y la salud, destacando la importancia de mantener un equilibrio dinámico entre el sistema simpático y parasimpático (Beauchaine & Thayer, 2015). Las intervenciones psicológicas, como el yoga y la terapia cognitivo-conductual, pueden alterar la expresión génica después del estrés, disminuyendo la inflamación y fortaleciendo la inmunidad antiviral (Bower et al., 2014). Además, se ha observado que el estrés aumenta la expresión génica inflamatoria y disminuye la inmunidad antiviral en modelos animales.

La investigación sobre desafíos virales ha revelado que el estrés está asociado con un mayor riesgo de enfermedades infecciosas, como el resfriado común, y afecta la eficacia de las vacunas, especialmente en casos de estrés crónico (Snyder-Mackler et al., 2016).

A pesar de los avances, la comprensión completa del estrés sigue siendo un desafío, y la investigación futura debe explorar más la influencia de la adversidad temprana y cómo los sistemas biológicos interactúan en el contexto del estrés y la salud (Kivimäki & Steptoe, 2018; O'Connor et al., 2021).

### Asociación del estrés con el ritmo respiratorio

La respiración, controlada por el sistema nervioso, se adapta a las necesidades del cuerpo y el entorno. El complejo generador del patrón central respiratorio (bCPG) en el tronco encefálico controla el ritmo y la coordinación de la respiración. Asimismo, también se ha demostrado la asociación con la implicación del cerebelo en este proceso (cerebellar breathing control). Recientes estudios indican que el preBötC, una parte clave del bCPG, opera mediante ráfagas de actividad neuronal llamadas "burstlets". La sincronización neuronal en el preBötC es crucial para el ritmo respiratorio, dependiendo del equilibrio entre la excitación y la inhibición. Este entendimiento es vital para tratar trastornos respiratorios y comprender la relación entre la respiración, la cognición y la emoción (Ashhad et al., 2022; Feldman & Kam, 2015).

El control independiente de la frecuencia y el patrón respiratorio se reconoce desde hace tiempo (Feldman & Kam, 2015). En roedores, se observan cambios en la frecuencia sin afectar la amplitud del impulso inspiratorio, y viceversa. La propagación de impulsos desde el preBötC a los músculos inspiratorios se asegura mediante la sincronización neuronal. Además de la salida motora inspiratoria, el bCPG incluye núcleos que generan otras fases respiratorias, como la exhalación, que se vuelve activa con el reclutamiento de músculos intercostales y abdominales. La inhibición, aunque no es esencial para la generación del ritmo inspiratorio, afecta el patrón respiratorio, evitando la

coactivación de músculos inspiratorios y espiratorios, y puede terminar la inspiración abruptamente.

Se ha estudiado la influencia de los aferentes supraponticos en el Control del Patrón Central de la Respiración (bCPG), y se ha visto que participan en la modulación de la dinámica respiratoria y su coordinación con otros comportamientos. Existen varias proyecciones relevantes hacia la preBötC, pero también se han detectado conexiones con otras áreas como el pF y KF/PBN. Existen múltiples regiones supraponticas, como la sustancia gris periacueductal, colículos superior e inferior, núcleos hipotalámicos y corticales, así como la amígdala, que ejercen influencias sobre la respiración, especialmente en contextos emocionales y cognitivos. Estas influencias pueden manifestarse en cambios en la frecuencia respiratoria, suspiros y respuestas emocionales (P. Li et al., 2020). Además, también se ha demostrado que la respiración afecta el estado emocional y cognitivo, y que las prácticas de respiración controlada tienen beneficios terapéuticos, tanto a corto como a largo plazo.

Hay seis vías por las cuales la respiración puede influir en estructuras supraponticas relacionadas con la emoción y la cognición, incluyendo proyecciones directas e indirectas desde el bCPG, oscilaciones en el bulbo olfatorio, actividad aferente del nervio vago pulmonar, cambios en los gases sanguíneos, y comandos volitivos descendentes (P. Li et al., 2020). A pesar de ello, todavía existen preguntas sin respuesta: todavía se desconocen con exactitud los mecanismos dinámicos subyacentes a las computaciones microcircuitales en el bCPG y el papel de los péptidos en la modulación del comportamiento de los microcircuitos (Karalis & Sirota, 2022).

En resumen, la respiración, aunque parece simple, está regulada por un sistema neural complejo que combina robustez y flexibilidad. Este sistema coordina la respiración con una amplia variedad de comportamientos vitales y afecta al movimiento, la emoción y la cognición. Entender los mecanismos de control de la respiración ofrece oportunidades para comprender mejor los circuitos neurales y podría ser clave para mejorar la salud mental y el bienestar.

## Trastornos asociados a situaciones estresantes

Los trastornos específicamente asociados con el estrés se encuentran estrechamente vinculados a la exposición a eventos traumáticos o estresantes. Aunque la mayoría de las personas que afrontan tales situaciones no desarrollan trastornos, para aquellos que lo hacen, la naturaleza, duración y patrón de los síntomas son críticos para su diagnóstico y tratamiento. Este grupo de trastornos incluye condiciones como el trastorno de estrés postraumático (TEPT), el trastorno de estrés postraumático complejo, el trastorno de duelo prolongado, el trastorno de adaptación, el trastorno reactivo del apego, el trastorno de compromiso social desinhibido, así como otros trastornos especificados y no especificados (WHO, 2024). Según el Manual de la American Psychiatric Association de 2022 (DSM-5-TR), el TEPT puede diagnosticarse según ocho criterios (A-H) y se caracteriza por síntomas que incluyen la reexperimentación del evento traumático, comportamientos intrusivos, evitación de estímulos relacionados y empeoramiento de la cognición y el estado de ánimo después del evento traumático. Estos síntomas no deben atribuirse a otros trastornos (American Psychiatric Association, 2022).

Para diagnosticar el TEPT, se requiere exposición a un evento o situación de extrema amenaza o horror, seguido por el desarrollo de un síndrome característico que incluye reexperimentación del trauma, evitación activa de estímulos relacionados y percepciones persistentes de amenaza. Este trastorno causa un deterioro significativo en el funcionamiento personal, social, ocupacional o educativo. Es importante tener en cuenta que, si bien un factor estresante es un requisito necesario para estos trastornos, no es suficiente por sí solo para causarlos.

Además, se reconoce que las respuestas al trauma varían significativamente según el contexto cultural. Por ejemplo, ciertos grupos culturales pueden tener conceptos y formas específicas de expresar el malestar, como estados de posesión o conceptos de nerviosismo. Estos elementos culturales influyen en la presentación y comprensión de los síntomas, lo que resalta la importancia de una evaluación culturalmente sensible. En la actualización del mencionado previamente Manual de la WHO de 2024, se proporcionan pautas detalladas

para ayudar en el diagnóstico diferencial entre los trastornos específicamente asociados con el estrés y otras condiciones psicológicas. Por ejemplo, se distingue entre el TEPT y el trastorno de adaptación, donde la gravedad y la naturaleza del factor estresante desempeñan un papel crucial en el diagnóstico. Además, se establecen límites claros con otros trastornos como la depresión, la esquizofrenia y los trastornos disociativos, con el objetivo de asegurar un diagnóstico preciso y una atención clínica adecuada. En resumen, comprender la interacción entre el estrés, la cultura y la salud mental es fundamental para abordar adecuadamente los trastornos específicamente asociados con el estrés. Estas condiciones requieren una evaluación integral que tenga en cuenta tanto los aspectos clínicos como culturales, garantizando así un tratamiento efectivo y centrado en el individuo.

Una situación estresante de forma crónica y no controlada en el tiempo, también puede acabar desencadenando lo que se conoce como *síndrome de burnout*. Este síndrome fue descrito por primera vez en 1974 por el psiquiatra americano Herbert Freudenberger (Freudenberger, 1974), y se caracteriza por un estado de fatiga o frustración, debido a la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no proporciona el refuerzo esperado. Afecta especialmente a profesionales jóvenes idealistas y optimistas que se entregan en exceso al trabajo, y se manifiesta en profesiones de ayuda, donde los trabajadores enfrentan emociones intensas relacionadas con el dolor, la enfermedad y el sufrimiento psíquico.

Durante muchos años, el Inventario de Burnout de Maslach (MBI, por sus siglas en inglés) ha sido visto como el "estándar de oro" para evaluar el burnout. En 1982, la psicóloga Christina Maslach realizó los primeros estudios sobre el burnout y desarrolló un cuestionario de 22 ítems (Maslach, 1986), que evalúa tres características clave del síndrome: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Sin embargo, un artículo de reciente publicación ha revelado que el MBI podría no estar midiendo adecuadamente el constructo que pretende evaluar (Bianchi et al., 2024). Esto es debido a que los problemas del MBI ponen en duda la misma idea del burnout. Estos problemas pueden no ser sorprendentes si consideramos cómo surgió el

concepto de burnout, el cual apareció a mediados de la década de 1970 como una entidad principalmente predefinida. Su definición no se basó en investigaciones empíricas sólidas ni en una teoría robusta, y no se fundamentó en una revisión sistemática de la literatura sobre el estrés y la salud.

Asimismo, otras herramientas que supuestamente evalúan el burnout, como el Inventario de Burnout de Oldenburg, también fallan en medir lo que pretenden. A pesar de las importantes implicaciones para nuestra capacidad de estudiar y mejorar la salud ocupacional, los defectos que afectan la conceptualización y medición del burnout siguen siendo ampliamente subestimados. Aun así, en el momento actual siguen siendo de elección, por lo que será necesaria más investigación al respecto con el fin de optimizar su evaluación.

Está ampliamente aceptado que el desgaste profesional es el resultado de un proceso dinámico de maladaptación a una situación de estrés crónico que es inherente al trabajo en sí mismo. Hasta llegar al agotamiento emocional, el profesional atraviesa diferentes fases (Edelwich, 1980). De una primera etapa de entusiasmo y altas expectativas, de idealización, se pasa a una fase de estancamiento, después a frustración, en la que se cuestiona incluso la utilidad de su trabajo, destacándose todas las dificultades o aspectos negativos del mismo (horas de guardia, bajo sueldo, recursos limitados del sistema...) y se presentan los problemas emocionales y conductuales. Finalmente, se alcanza un estado de apatía o indiferencia hacia el trabajo. Esta desmotivación, como consecuencia de las condiciones de trabajo, está afectando incluso a los profesionales más jóvenes, y repercute negativamente en la calidad de vida del trabajador y, por tanto, también en la calidad asistencial (Belloch García, 2000).

El interés en el bienestar de las personas que ejercen profesiones orientadas a la ayuda ha experimentado un notable incremento en los últimos años. Durante este período, numerosas investigaciones se han centrado en el *síndrome de burnout* entre los profesionales sanitarios. En muchas ocasiones, estos estudios han identificado los síntomas de trastornos del ánimo, específicamente ansiedad y depresión, como posibles consecuencias de este síndrome (Ríos, 2004), aunque la relación entre ellos no está completamente esclarecida.

Los trastornos depresivos constituyen una categoría clínica definida por un estado de ánimo depresivo, como sentirse triste, irritable o vacío, acompañado de una pérdida de placer y otros síntomas cognitivos, conductuales o neurovegetativos que impactan significativamente en la capacidad funcional del individuo. Es importante destacar que no se debe diagnosticar un trastorno depresivo en personas que hayan experimentado episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos, lo que indicaría la presencia de un trastorno bipolar.

En particular, el trastorno depresivo de episodio único y el trastorno depresivo recurrente comparten características clínicas similares, excepto por el historial de episodios depresivos previos. Por lo tanto, las secciones adicionales de los criterios diagnósticos y las características clínicas del CIE-11 se proporcionan de manera conjunta para ambos trastornos.

Para el trastorno depresivo de episodio único, se requiere la presencia o un historial de un solo episodio depresivo para su diagnóstico, excluyendo la presencia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Además, la gravedad del episodio depresivo y el estado de remisión se pueden especificar según categorías definidas. Esta clasificación ofrece una herramienta clara y precisa para la evaluación y el diagnóstico de los trastornos depresivos, lo que facilita el abordaje terapéutico adecuado y la comprensión de su impacto en el funcionamiento psicosocial del individuo.

Por otro lado, los trastornos relacionados con la ansiedad y el miedo se caracterizan por una intensa sensación de temor y ansiedad, acompañada de perturbaciones conductuales, cuyos síntomas son lo suficientemente graves como para causar un malestar significativo o dificultades en el funcionamiento diario. El miedo se refiere a una reacción ante una amenaza inminente percibida en el presente, mientras que la ansiedad está más orientada hacia el futuro, relacionada con una amenaza anticipada. La distinción entre los diferentes trastornos se basa, en gran medida, en el enfoque del temor o la ansiedad, es decir, los estímulos o situaciones que los desencadenan. Esta aprensión puede ser altamente específica, como en el caso de las fobias específicas, o abarcar una gama más amplia de situaciones, como en el trastorno de ansiedad

generalizada. Además, la presentación clínica de estos trastornos suele incluir cogniciones específicas asociadas, lo que facilita su diferenciación.

Dentro de los trastornos relacionados con la ansiedad y el miedo se encuentran los siguientes:

- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno de pánico.
- Agorafobia.
- Fobia específica.
- Trastorno de ansiedad social.
- Mutismo selectivo.
- Trastorno de ansiedad por separación.
- Otros trastornos especificados relacionados con la ansiedad o el miedo.
- Trastorno relacionado con la ansiedad o el miedo, no especificado.

Es importante considerar también las particularidades culturales en la presentación de estos trastornos, ya que en algunos grupos culturales las quejas somáticas pueden predominar sobre los síntomas cognitivos. En ciertos contextos culturales, los síntomas de miedo y ansiedad pueden ser descritos principalmente en términos de fuerzas externas, como la brujería o la envidia, en lugar de ser percibidos como una experiencia interna o un estado psicológico.

El estrés causado por la pandemia de COVID-19 podría corresponderse principalmente con el trastorno de ansiedad generalizada (Generalized Anxiety Disorder - 6B00) o el trastorno de ansiedad social (Social Anxiety Disorder - 6B04). El primero se caracteriza por una preocupación excesiva y persistente sobre una variedad de situaciones y problemas, incluyendo la salud propia y la de los seres queridos, lo cual podría agravarse durante una crisis sanitaria global como la pandemia. Por otro lado, el trastorno de ansiedad social implica un miedo intenso y persistente a situaciones sociales o de rendimiento, lo que podría verse exacerbado por las medidas de distanciamiento social y el miedo al contagio en entornos sociales. Además, el estrés relacionado con la pandemia también podría manifestarse como trastorno de pánico (Panic Disorder - 6B01)

o trastorno de estrés postraumático (Posttraumatic Stress Disorder - PTSD), aunque estos pueden no ser tan comunes como los anteriores.

Las consecuencias negativas de la ansiedad y la depresión en la calidad de vida y el rendimiento socio-ocupacional son ampliamente reconocidas (Gómez-Martínez et al., 2015). Un estudio llevado a cabo con profesionales sanitarios, incluyendo médicos, enfermeras y auxiliares en un hospital de Madrid (Caballero Martín et al., 2001), reveló que los síntomas más comúnmente reconocidos por los encuestados estaban relacionados con la ansiedad y la depresión. Además, una investigación del Hospital Clínico Universitario de Salamanca que evaluó únicamente la ansiedad (STAI) encontró que el 37.5% de los profesionales mostraba niveles elevados de ansiedad-rasgo y el 45.8% presentaba ansiedad-estado (García-Blanco, 2007).

Estudios similares se han realizado en otros países. En América Latina, diversas investigaciones con personal de enfermería y residentes de diferentes especialidades han mostrado que entre el 30.2% (STAI) y el 43.3% (HARS) de los profesionales presentaban síntomas de ansiedad, y entre el 13% (BDI) y el 44.4% (HDRS) síntomas de depresión (Betancourt, 2008; Lerma, 2010). En Estados Unidos, un estudio encontró una prevalencia del 35% de síntomas de depresión en una muestra de 4128 médicos residentes de diversas especialidades (Collier et al., 2002). Por otro lado, una investigación en Turquía con médicos del servicio de urgencias reveló síntomas de ansiedad y depresión (BDI y BAI) en el 14.6% y 15.1% respectivamente (Erdur, 2006). En un estudio adicional realizado también en un servicio de urgencias, pero con personal de enfermería, se encontró que el 54% de los participantes reportaban niveles moderados o graves de ansiedad (Faces Anxiety Scale) (Cooke et al., 2007).

### Contextualización de la era postpandemia COVID-19

Los brotes de enfermedades transmisibles representan un desafío significativo para los sistemas de salud en todo el mundo. Provocan un aumento inesperado en la morbilidad y mortalidad, lo que genera una mayor demanda en las instalaciones de atención médica. Este aumento repentino en las poblaciones de

pacientes reduce drásticamente la proporción de trabajadores de la salud a pacientes, lo que a su vez aumenta la carga de trabajo de los profesionales de la salud (Levin et al., 2007). Esta situación conduce a una fatiga física y mental entre los TDS, ya que se ven obligados a trabajar horas extras y posiblemente más turnos nocturnos, dejándoles poco tiempo para descansar y recuperarse adecuadamente. Como resultado de su trabajo en la primera línea, diagnosticando, gestionando y cuidando a pacientes enfermos, los TDS experimentan una variedad de síntomas de salud mental que pueden persistir incluso después de que haya terminado la epidemia (Lee et al., 2018).

La avalancha de pacientes que llega en masa sobrepasa con creces la capacidad de los sistemas de salud, planteando dilemas éticos respecto a la distribución de recursos esenciales y suministros médicos (Armocida, 2020). Los profesionales de la salud se ven constantemente enfrentados a decisiones cruciales, casi de vida o muerte, como seleccionar qué pacientes admitir en unidades de cuidados intensivos y cuándo retirar el soporte vital necesario (Robert et al., 2020). Con el incremento en la cantidad de personas fallecidas, los trabajadores de la salud se ven obligados a comunicar malas noticias de manera repetida, a veces en circunstancias poco familiares, incluso a través de llamadas telefónicas, lo cual intensifica la angustia de la situación (Rimmer, 2020).

Las noticias sobre el constante aumento de casos confirmados y decesos generan una carga emocional abrumadora. La escasez de equipos de protección personal (EPP) aumenta el riesgo y el temor al contagio. Durante este período, los profesionales de la salud viven con ansiedad y miedo constantes a contraer la enfermedad, especialmente cuando ven a un colega infectado o fallecido. Además del temor a transmitir la infección a sus seres queridos, deben lidiar con el estigma y la discriminación por parte de la comunidad debido al miedo a la transmisión. Este tipo de estigmatización puede incluso derivar en acoso, negación de acceso al transporte público, violencia física y desalojo de sus hogares por parte de los propietarios (Bagcchi, 2020). La marginación social agrava el estrés laboral que los trabajadores de la salud ya enfrentan al combatir el brote de enfermedad.

La pandemia de COVID-19 ha tenido un fuerte impacto en los sistemas de salud, llegando incluso a sobrepasarlos en muchos casos. Esto ha afectado significativamente a los trabajadores de la salud. La Organización Mundial de la Salud ha destacado la carga extremadamente alta que enfrentan estos profesionales y ha instado a tomar medidas inmediatas para salvar vidas y prevenir consecuencias graves para su salud física y mental, siendo fundamental considerar estos aspectos para brindar un apoyo adecuado a quienes luchan contra estas nuevas enfermedades infecciosas.

Durante una epidemia de una enfermedad infecciosa, los trabajadores de la salud de todos los estamentos, y sobre todo aquellos que se encuentran en la primera línea atendiendo a pacientes con la enfermedad, tienen una alta incidencia de problemas de salud mental (K. Sim, 2004). Brotes virales anteriores han demostrado que los trabajadores de la salud, tanto de primera línea como no, tienen un mayor riesgo de infección y otros resultados adversos para la salud física (Xiao et al., 2020). En el punto álgido de la epidemia del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) en 2003 en Taiwán, las enfermeras en un hospital que atendía a 27 casos sospechosos tuvieron dificultades con problemas psicológicos, como ansiedad, depresión y hostilidad. En Singapur, se informó que el 27% de los trabajadores de la salud durante el brote de SARS tenían síntomas psiquiátricos. El miedo y la nerviosidad fueron las experiencias angustiantes reportadas por los trabajadores de la salud que cuidaban a pacientes con MERS-CoV en Arabia Saudita (Khalid et al., 2016; Xiao et al., 2020).

Además, el estigma también es un problema prominente que debe tenerse en cuenta entre los trabajadores de la salud asociados con enfermedades infecciosas debido a sus características de transmisión, ya que alrededor del 20% de los trabajadores de la salud involucrados en el brote de SARS en Taiwán se sintieron estigmatizados y rechazados por su comunidad, y en Singapur, el 49% de los trabajadores de la salud durante el brote de SARS experimentaron estigmatización social debido a sus trabajos (Koh et al., 2005). De manera similar, las enfermeras coreanas que trabajaban en hospitales con pacientes de MERS-CoV fueron distanciadas por sus seres queridos (por ejemplo,

familiares o amigos) y se les prohibió usar ascensores en sus apartamentos, e incluso a sus hijos no se les permitió asistir a guarderías y escuelas (Park et al., 2018). Este asunto es relevante ya que el estigma también afecta negativamente la salud mental, principalmente de los pacientes o sus cuidadores familiares. Existe evidencia empírica de estigma entre los proveedores de atención primaria durante el brote de SARS en Singapur, considerándose además como una fuente de estrés percibido (Verma et al., 2004). Estudios previos han demostrado que el estigma está vinculado al estrés, no solo en pacientes afectados por enfermedades infecciosas, sino también en los profesionales que los atienden (López López et al., 2023). Dado que el estrés percibido es un predictor reconocido de la salud mental (Sacco et al., 2014), se plantea en este estudio que el estigma puede influir indirectamente en la salud mental a través del estrés. En otras palabras, el estigma ejerce tanto efectos directos en la salud mental como efectos indirectos (mediados) a través del estrés en los profesionales que atendieron a estos pacientes.

A nivel crónico, también se han documentado estudios que indican que los trabajadores de la salud experimentan problemas de salud mental asociados con sus actividades laborales incluso años después de las epidemias, presentando síntomas como estrés postraumático, agotamiento, depresión y ansiedad. El trastorno de estrés postraumático (TEPT) y los síntomas relacionados son condiciones prevalentes y discapacitantes que surgen como consecuencia de eventos traumáticos.

Distintos estudios han revelado que el TEPT y sus síntomas pueden ser comunes entre individuos con enfermedades médicas. La mayor prevalencia de TEPT se ha observado en personas ingresadas en unidades de cuidados intensivos y tratadas por enfermedades potencialmente mortales, principalmente por infección por VIH (Tedstone & Tarrier, 2003). Los brotes de enfermedades infecciosas pueden considerarse eventos traumáticos que aumentan el riesgo de presentar síntomas de TEPT en diferentes poblaciones, especialmente en pacientes/sobrevivientes afectados (criterio A1) y trabajadores de la salud (criterio A4) (American Psychiatric Association, 2022). Algunos estudios observacionales han documentado la prevalencia de síntomas de TEPT entre

individuos durante y después de brotes de SARS, MERS y COVID-19, con cifras que van desde el 3% en la población general hasta más del 40% en sobrevivientes de coronavirus (Tang et al., 2020).

De manera similar, los informes sobre el impacto mental en los trabajadores de la salud han aparecido de manera persistente durante la actual crisis de salud global (Liu et al., 2020).

### Resiliencia psicológica: Un marco de regulación afectiva

La exposición a la adversidad, como la pobreza, pérdida de empleo, o el caso concreto de una pandemia mundial, puede causar alteraciones psicológicas, pero las personas muestran una amplia variabilidad en su capacidad para enfrentarla (Masten, 2018). Algunas personas experimentan graves trastornos a largo plazo, mientras que otras muestran resiliencia, es decir, un mejor desempeño del esperado en un contexto cultural dado (Bonanno et al., 2015). La investigación sobre la resiliencia ha sido obstaculizada por la falta de claridad conceptual y la falta de integración entre los enfoques de afrontamiento y regulación emocional. Para abordar estos desafíos, se ha propuesto un marco de regulación afectiva que integra los enfoques previos y guía la investigación futura (Compas et al., 2017).

Nuestro enfoque conceptual hacia la resiliencia se centra en comprender cómo los individuos se adaptan a la adversidad, considerando su inserción en grupos, comunidades y contextos culturales. Definimos la adversidad como circunstancias o eventos que exceden los recursos individuales y tienen el potencial de alterar el funcionamiento. Nuestra definición incluye una amplia gama de contextos adversos, como la pobreza, la pérdida de empleo y eventos globales como la pandemia de COVID-19. La resiliencia, en respuesta a la adversidad, se concibe como un resultado que abarca la salud psicológica, incluida la ausencia de malestar y la presencia de bienestar. Definimos la resiliencia en relación con el nivel de alteración en el funcionamiento esperado dentro de un contexto cultural dado para una adversidad particular. Los

resultados de resiliencia pueden surgir durante o después del inicio de la adversidad y se consideran relativamente duraderos.

Integramos el enfoque de estrés y afrontamiento con el enfoque de emoción y regulación emocional en un marco de regulación afectiva. Este marco distingue entre estrategias de regulación afectiva motivadas conceptualmente, delinea las consecuencias a corto plazo en múltiples dominios y predice las implicaciones a largo plazo para la resiliencia basadas en los perfiles de estrategia y factores contextuales (Troy et al., 2023).

Se ha debatido si la resiliencia es una cualidad inherente o un proceso interactivo influenciado por factores internos y externos. Los factores de riesgo, como la pobreza o el abuso infantil, aumentan la probabilidad de desestabilización, mientras que los factores protectores, como el apoyo social o la resolución de problemas, mitigarían este riesgo. La resiliencia varía según los dominios de la vida y es importante en contextos laborales, ya que se correlaciona negativamente con problemas de salud mental. Los programas de entrenamiento en resiliencia pueden mejorar el bienestar de los empleados al ayudarles a enfrentar desafíos laborales. Sin embargo, la investigación sobre resiliencia sigue en desarrollo y hay mucho por comprender sobre sus mecanismos y efectividad (Erskine & Georgiou, 2023).

Según el marco de regulación afectiva de la resiliencia psicológica, se caracterizan las estrategias de regulación afectiva por sus consecuencias a corto plazo en varios dominios, como la experiencia afectiva, el comportamiento, la fisiología, los procesos sociales, el esfuerzo cognitivo y el compromiso. Estas consecuencias, acumuladas con el tiempo, son fundamentales para la resiliencia (Rankin & Sweeny, 2022). Es importante considerar más de un tipo de consecuencia a corto plazo para explicar la resiliencia. Además, este marco destaca la importancia del contexto, tanto en términos de características de la adversidad como del contexto más amplio, que influyen en la regulación afectiva y su relación con la resiliencia. Por lo tanto, se enfatiza que la misma, no depende solo de un tipo de consecuencia a corto plazo, sino del perfil conjunto de múltiples consecuencias a corto plazo, junto con las características de la adversidad y el contexto más amplio.

El cambio cognitivo se refiere a estrategias como la reevaluación, que implica reinterpretar una situación emocional para cambiar el estado de ánimo. Por ejemplo, ante una solicitud de divorcio de la pareja, se puede ver como una oportunidad para forjar una relación más saludable. Estudios sugieren que la reevaluación está asociada con una disminución de emociones negativas y un aumento de las positivas, así como con beneficios en procesos sociales como la capacidad de perdonar y mantener relaciones satisfactorias (Doré et al., 2016; Rankin & Sweeny, 2022).

En contraste, la supresión expresiva, una forma de modulación de la respuesta emocional, tiende a tener efectos negativos en la resiliencia, especialmente en contextos culturales occidentales. La supresión puede disminuir la experiencia de emociones positivas y negativas, afectar la comunicación emocional y socavar la satisfacción social (Gross, 2015).

Es decir, la reevaluación cognitiva se asocia con una mayor resiliencia, mientras que la supresión expresiva puede tener efectos adversos, aunque estos pueden variar según el contexto cultural.

En conclusión, la vida humana está marcada por adversidades inevitables, cuya gestión depende crucialmente de la regulación del afecto. Las estrategias de regulación del afecto no son inherentemente buenas o malas para la resiliencia; su eficacia depende de las circunstancias. Se necesita más investigación para comprender la resiliencia a niveles grupales y comunitarios, así como para entender los efectos a largo plazo de la regulación del afecto.

### Crecimiento personal post traumático

En la investigación sobre enfermedades crónicas, se han explorado los factores psicosociales que influyen en la adaptación y calidad de vida de los pacientes. Entre estos factores se encuentran las estrategias de afrontamiento, como el apoyo social y la autoeficacia percibida. La enfermedad crónica suele generar un impacto en la calidad de vida, provocando desequilibrio y estrés en la vida cotidiana del individuo. El objetivo de nuestra investigación es analizar el

"crecimiento personal" como un elemento positivo que puede influir en la valoración de la calidad de vida tras vivir experiencias estresantes como una enfermedad crónica. Este concepto se refiere al desarrollo de mayor confianza en uno mismo y la capacidad de utilizar recursos personales de manera efectiva para superar desafíos, lo que puede cambiar la percepción de los resultados negativos hacia una visión más positiva después de situaciones estresantes como enfermedades graves (O'Leary & Ickovics, 1995). Aunque la investigación sobre este tema es limitada, creemos que entender cómo el crecimiento personal influye en la adaptación a la enfermedad crónica puede ofrecer nuevas perspectivas en el ámbito de la salud.

Los efectos positivos que pueden surgir tras situaciones estresantes o traumáticas forman parte de los estudios en psicología positiva, en contraposición al trastorno de estrés postraumático (TEPT). Después de enfrentarse al estrés, se pueden observar tres resultados cognitivos: volver al estado previo al trauma, adaptarse de manera negativa con consecuencias psicopatológicas, o bien, adaptarse de manera positiva, lo que conduce al crecimiento post-traumático (PTG). Este último implica un desarrollo personal después de vivir experiencias traumáticas (Joseph & Linley, 2008). Desde una perspectiva clínica, se busca mitigar el TEPT mediante una adaptación positiva, apoyada en tres pilares fundamentales. En primer lugar, se hace referencia a la Psicología Centrada en la Persona de Rogers; seguidamente, se menciona la integración de los aspectos positivos y negativos de la experiencia, según lo propuesto por Lindley, quien aborda la Psicología Positiva Integrativa del post-trauma, así como las terapias que promueven el crecimiento después de la adversidad, junto con la gestión del malestar y la promoción del crecimiento. Por último, se resalta la importancia de considerar la Medicina, Psiquiatría y Sexología Centradas en la Persona, según lo propuesto por Mezzich (Lindley, 2006; Rogers, 1959).

La revisión de los factores de riesgo pretraumáticos para el trastorno de estrés postraumático (TEPT) destaca que la mayoría de las personas expuestas a traumas no desarrollan esta condición, lo que resalta la importancia de identificar los factores de riesgo preexistentes. Se reconoce que muchas variables

previamente consideradas como resultados del trauma en realidad son factores de riesgo antes del evento traumático. Esta revisión identifica seis categorías de variables predictoras pretraumáticas, que incluyen habilidades cognitivas, estilos de afrontamiento, factores de personalidad, psicopatología, factores psicofisiológicos y factores ecológicos sociales. Este enfoque busca comprender mejor la etiología del TEPT y mejorar la capacidad de los clínicos para identificar y abordar los riesgos preexistentes en sus pacientes (DiGangi et al., 2013).

En una revisión bibliográfica (Rodríguez-Marín et al., 2004), se identificaron 38 artículos relevantes sobre el crecimiento personal en enfermedades crónicas, seleccionados de una búsqueda inicial de más de 150 artículos, con el objetivo de investigar los elementos determinantes del crecimiento personal, tras eventos estresantes. Estos estudios abordaron diversas enfermedades como artritis reumatoide, VIH, cáncer, entre otros. En dicha investigación, se resalta que el sentido de control personal, el optimismo y el respaldo social pueden fomentar el crecimiento individual, como ya se había publicado previamente por Cohen en 1998. El análisis reveló una estructura de cuatro factores ortogonales: Cambio en la apreciación de la vida, relación con los demás, fuerza personal y espiritualidad. Además, se observó que las personas que experimentaron eventos más estresantes y contaban con recursos personales y sociales adecuados informaron de un mayor crecimiento personal. Entre las emociones positivas asociadas se incluyen la generosidad, el perdón, la espiritualidad, la compasión y el cambio en las prioridades de vida. También subraya la importancia de contar con un instrumento validado en español para evaluar el crecimiento personal, lo que condujo a la validación del cuestionario Posttraumatic Growth Inventory (Tedeschi & Calhoun, 1996) para su uso en la población española.

### Mejoría de la resiliencia en el ámbito de trabajo

En entornos escolares, las intervenciones destinadas a mejorar la resiliencia en niños muestran resultados variados. Algunas técnicas, como la atención plena, pueden reducir la ansiedad, pero otras, como las cognitivo-conductuales,

muestran menos efectividad en la prevención de la ansiedad y la depresión (Caldwell et al., 2019). Programas como el de Resiliencia de Penn han demostrado reducir la ansiedad y la depresión, con efectos sostenidos incluso después de finalizar la intervención. Sin embargo, la sostenibilidad a largo plazo de estas mejoras es incierta (Fenwick-Smith et al., 2018).

En el ámbito universitario, intervenciones que combinan técnicas de manejo del estrés con prácticas como llevar un diario de gratitud muestran efectos positivos en el compromiso y significación del curso. Aunque los estudiantes de medicina pueden tener niveles más bajos de resiliencia, perciben que el entrenamiento en resiliencia es útil (Houpy et al., 2017). Las intervenciones universitarias pueden aumentar la resiliencia y reducir la depresión y el estrés, aunque los efectos a largo plazo son inciertos (Ang et al., 2022). En conclusión, mientras que algunas intervenciones muestran efectividad a corto plazo, su impacto sostenido es aún motivo de investigación.

En cuanto a intervenciones para mejorar la resiliencia en el sector de la salud, se han realizado programas breves de entrenamiento que han mostrado mejoras significativas en el bienestar y la reducción del estrés entre profesionales médicos. Además, se ha encontrado que factores individuales y situacionales, como la personalidad y las condiciones laborales, influyen en la resiliencia de los trabajadores de la salud (Howard et al., 2019). Dichos programas se basan en sesiones educativas semanales centradas en el desarrollo de la atención plena, la gestión del estrés, el fomento de la gratitud, la compasión y la aceptación, entre otras habilidades. Además, pueden involucrar la evaluación del bienestar mental y el seguimiento de los participantes para medir los efectos a corto y largo plazo.

Es esencial considerar cómo las prácticas organizacionales y las intervenciones de liderazgo pueden contribuir al bienestar y la resiliencia del personal sanitario (van Agteren et al., 2018). Aunque las intervenciones de resiliencia pueden ofrecer beneficios tanto a nivel individual como organizacional, es fundamental abordar las preocupaciones éticas y sistémicas para garantizar su efectividad y equidad (Erskine & Georgiou, 2023).

### 3.- JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

#### Justificación

La pandemia de COVID-19 ha ejercido una presión sin precedentes sobre el sistema de salud global, desafiando la resistencia y la resiliencia de los profesionales médicos en todo el mundo. En particular, los médicos han estado en la línea del frente, enfrentándose a una carga de trabajo abrumadora, decisiones clínicas difíciles, escasez de recursos y una exposición constante al riesgo de infección. Esta situación ha exacerbado los niveles de estrés y ha afectado significativamente su bienestar psicológico y su desempeño profesional, como ya sucedió en el brote de MERS-CoV de forma previa (Lee et al., 2018; Park et al., 2018).

La comprensión profunda de los efectos del estrés en los profesionales médicos se vuelve imperativa en el contexto actual de la postpandemia de COVID-19. Este trabajo se fundamenta en la necesidad de abordar no solo las consecuencias inmediatas del estrés en estos profesionales, sino también su impacto a largo plazo en la calidad de la atención médica, la salud pública y la estabilidad del sistema sanitario (Levin et al., 2007).

La evaluación de la literatura existente proporcionará una visión panorámica de las dimensiones del estrés experimentadas por los profesionales médicos durante la pandemia y en su posterior etapa de recuperación. Esta revisión no solo identificará los factores desencadenantes y las manifestaciones del estrés, sino que también permitirá comprender las implicaciones en la salud mental y física de estos individuos, así como en su capacidad para brindar atención de calidad a los pacientes (Khalid et al., 2016; Xiao et al., 2020).

Además, la propuesta de intervención busca llenar una brecha crucial en la atención de la salud ocupacional de los profesionales médicos. Al proponer estrategias específicas de intervención, basadas en evidencia científica y adaptadas a las necesidades contextuales, se aspira a mitigar los efectos adversos del estrés y promover el bienestar integral de estos trabajadores

esenciales. Esta propuesta no solo tiene el potencial de mejorar la calidad de vida de los profesionales médicos, sino que también puede contribuir a la sostenibilidad y eficacia del sistema de salud en su conjunto (Collier et al., 2002; Park et al., 2018).

En resumen, este estudio se justifica por la urgente necesidad de abordar el estrés y los constructos sanitarios en profesionales médicos en la era postpandémica de COVID-19. Al integrar la evaluación de la literatura con una propuesta de intervención con enfoque teórico sin intervención en personas físicas, este trabajo pretende ofrecer una contribución significativa al campo de la salud ocupacional y a la mejora continua de la atención médica en tiempos de crisis y más allá.

## Objetivos

### Generales:

- Evaluar el impacto del estrés en los profesionales médicos durante la era postpandémica de COVID-19, centrándose en los constructos sanitarios y su influencia en el bienestar psicológico y desempeño laboral (Kamali et al., 2022).

### Específicos:

- Realizar una revisión de la literatura científica relacionada con el estrés en profesionales médicos, con énfasis en los efectos durante la pandemia de COVID-19 y en la etapa posterior (Pappa et al., 2021).
- Identificar los factores desencadenantes y las manifestaciones del estrés en profesionales médicos, así como su impacto en la salud mental y física, la calidad de la atención médica y la estabilidad del sistema sanitario (Armocida, 2020).
- Proponer estrategias de intervención teóricas basadas en la evidencia para abordar los niveles de estrés y mejorar los constructos sanitarios en profesionales médicos, sin implicar intervenciones directas en personas físicas (American Psychiatric Association, 2022), (WHO, 2024).

- Diseñar un marco conceptual para la implementación de las propuestas de intervención, considerando la viabilidad, la aceptabilidad y la sostenibilidad en el contexto de la salud ocupacional de los profesionales médicos.
- Contribuir al desarrollo de recomendaciones prácticas y políticas de prevención laboral y Salud Pública para la gestión del estrés y la promoción del bienestar en profesionales médicos en la era postpandémica de COVID-19, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de estos trabajadores esenciales y la eficacia del sistema de salud en su conjunto (WHO, 2024).



#### 4.- MÉTODOS

En esta sección, se abordará la metodología para llevar a cabo la revisión de la literatura y la propuesta de intervención. Ambas partes se estructurarán para garantizar una comprensión integral de los procesos de investigación. La revisión de la literatura se enfocará en recopilar y analizar estudios previos relacionados con el estrés en profesionales médicos, con un énfasis particular en los efectos durante la pandemia de COVID-19 y en la etapa posterior. Por otro lado, la propuesta de intervención buscará llenar una brecha crucial en la atención de la salud ocupacional de los profesionales médicos mediante el desarrollo de estrategias específicas basadas en evidencia científica.

La revisión de la literatura se ha llevado a cabo siguiendo un enfoque sistemático para identificar y analizar estudios relevantes relacionados con el estrés en profesionales médicos. Se han utilizado las bases de datos electrónicas: PubMed, Scopus y Web of Science para realizar búsquedas exhaustivas utilizando términos clave como "estrés", "profesionales médicos", "pandemia de COVID-19", "impacto psicológico" y "burnout". Además, se ha incluido búsqueda manual de revistas relevantes y referencias cruzadas de estudios seleccionados.

La selección de estudios se ha basado en criterios predefinidos de inclusión y exclusión, incluyendo estudios que han abordado el estrés en profesionales médicos durante la pandemia de COVID-19 y en la etapa posterior, así como aquellos que han proporcionado información relevante sobre los efectos en la salud mental y física, la calidad de la atención médica y la estabilidad del sistema sanitario. Se han excluido estudios que no estaban disponibles en texto completo, aquellos que no se han centrado en profesionales sanitarios, o en otras pandemias previas.

Una vez seleccionados los estudios, se ha realizado un análisis crítico de la evidencia para identificar patrones, tendencias y brechas en la investigación existente. Se han empleado herramientas de síntesis cualitativa y cuantitativa para organizar y resumir los hallazgos de manera coherente y comprensible,

prestando especial atención a las metodologías utilizadas, las medidas de resultado y las conclusiones clave de cada estudio.

También se ha realizado una revisión narrativa de la “literatura gris” relacionada (Navarro-Cremades et al., 2014): En el ámbito de la psicología, se contrastan dos perspectivas frente a los eventos traumáticos: el Trastorno por Estrés Postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés) y el Crecimiento Post-traumático (PTG). Mientras que el PTSD se centra en las secuelas negativas y patológicas tras una experiencia traumática, el PTG resalta los cambios positivos que pueden surgir después del estrés extremo.

Joseph S. y Linley P.A. (2008) discuten tres posibles resultados cognitivos tras la exposición al estrés post-traumático. En primer lugar, algunos individuos asimilan la experiencia y logran volver a su estado previo al trauma, aunque permanecen vulnerables a futuras retraumatizaciones al mantener sus suposiciones anteriores a pesar de la evidencia en contrario. Otros, en cambio, acomodan la experiencia en una dirección negativa, lo que puede llevar a la psicopatología y al sentimiento de desamparo. Por último, están aquellos que logran acomodar la experiencia de manera positiva, lo que conduce al crecimiento post-traumático.

Por otro lado, DiGangi, J.A. (2013) señala que la mayoría de las personas expuestas a un trauma no desarrollan PTSD, lo que sugiere la existencia de factores de riesgo pretraumáticos. Estos factores pueden incluir habilidades cognitivas, estrategias de afrontamiento, características de personalidad, psicopatología, factores psicofisiológicos y factores socioecológicos.

Además, en otro estudio se propone una serie de aspectos evaluables en intervenciones psicológicas. Esto incluye la evaluación de antecedentes previos, la consideración de la evidencia, la utilidad y eficacia predecible de la intervención, así como su presunto impacto en el pronóstico y la comparación con riesgos asociados a intervenciones no clínicas. También se deben evaluar aspectos concomitantes y finales, tanto los resultados inmediatos como a largo plazo de la intervención (Wylie et al., 2019).

En resumen, comprender y abordar los aspectos positivos y negativos de las experiencias traumáticas es crucial en el campo de la psicología, y la evaluación

de factores de riesgo pretraumáticos así como la consideración de los resultados de las intervenciones son parte fundamental de este proceso.

La propuesta de intervención se ha basado en los hallazgos de la revisión de la literatura y en las necesidades identificadas en el contexto de la salud ocupacional de los profesionales médicos, desarrollando estrategias específicas de intervención teóricas basadas en la evidencia para abordar los niveles de estrés y mejorar los constructos sanitarios en estos trabajadores esenciales.

Dicha propuesta se ha estructurado en torno a diferentes áreas de intervención, como el apoyo psicológico, la formación en habilidades de afrontamiento, la promoción del autocuidado y la mejora del entorno laboral. Se han utilizado enfoques multidisciplinarios que integran elementos de psicología, medicina ocupacional, gestión de recursos humanos y políticas de salud pública. Cada estrategia de intervención se ha diseñado considerando su viabilidad, aceptabilidad y sostenibilidad en el contexto de la práctica clínica y la cultura organizacional. Se ha elaborado un marco conceptual detallado que describa los objetivos, los métodos de implementación, los indicadores de éxito y los posibles desafíos asociados con cada intervención propuesta.

En conjunto, la revisión de la literatura y la propuesta de intervención proporcionarán una visión integral de los desafíos asociados con el estrés en profesionales médicos durante la era postpandémica de COVID-19 y ofrecerán recomendaciones prácticas y políticas para mejorar su bienestar y rendimiento laboral. Estos hallazgos tendrán importantes implicaciones para la práctica clínica, la gestión de recursos humanos y la formulación de políticas de salud en el contexto de la atención médica contemporánea.

#### 4.1.- Revisión de la literatura

Durante la pandemia de COVID-19, la salud mental de los trabajadores de la salud ha sido objeto de una amplia investigación, revelando una preocupante prevalencia de ansiedad, depresión y agotamiento en este grupo profesional. Los estudios revisados (**Tabla 1**), han destacado una serie de hallazgos significativos que apuntan a la necesidad urgente de intervenciones para proteger su bienestar psicológico.

Por ejemplo, Andlib et al. (2022) encontraron que tanto enfermeras como médicos enfrentan altos niveles de angustia psicológica, manifestada en forma de depresión, ansiedad, estrés y falta de apoyo social. Esto subraya la importancia de implementar estrategias efectivas de gestión del estrés y apoyo psicosocial en el ámbito laboral. Además, Babamiri et al. (2022) identificaron una alta prevalencia de agotamiento emocional entre los trabajadores de la salud, especialmente entre aquellos con contacto directo con pacientes de COVID-19. La incidencia de síntomas de ansiedad y depresión ha sido considerable, con factores de riesgo específicos identificados, como el rol de enfermería y el agotamiento previo, como lo señala Goh et al. (2021). También se ha destacado la importancia de considerar los factores ocupacionales en la salud mental de los trabajadores de la salud, como la cultura de seguridad en el lugar de trabajo, según lo investigado por Hu et al. (2020).

Aunque se han identificado diferencias en la prevalencia y los factores asociados entre diferentes grupos de trabajadores de la salud y en distintos contextos geográficos, existe un consenso en la necesidad de intervenciones para apoyar su bienestar psicológico. Estas intervenciones pueden incluir programas de apoyo psicológico, gestión del estrés y promoción de un entorno laboral saludable, como sugieren Civantos et al. (2020).

La prevalencia de ansiedad y depresión también ha sido notable, como informa Goh et al. (2021), quienes encontraron que el 20% de los trabajadores de la salud experimentaron síntomas de ansiedad y el 11% síntomas de depresión. Por otro lado, Hu et al. (2020) destacan que la falta de protección personal y la percepción de seguridad en el trabajo están asociadas con niveles más altos de estrés y ansiedad entre los trabajadores de la salud.

En conjunto, estos hallazgos resaltan la importancia crítica de abordar la salud mental de los trabajadores de la salud durante y después de la pandemia de COVID-19, no solo para proteger su bienestar individual, sino también para garantizar la calidad de la atención médica que brindan a la comunidad.

ESTUDIO	N	ESCALAS	RESULTADOS	CONCLUSIONES
(Andlib et al., 2022)	288 enfermeras	STOP-D	Niveles promedio de las distintas dimensiones de angustia psicológica: Depresión: 3.5 ± 2.3; Ansiedad: 3.5 ± 2.2; Estrés: 4.2 ± 2.4; Ira: 3.9 ± 2.4; Falta de apoyo social: 4.1 ± 2.7. La prevalencia de angustia psicológica significativa fue del 45% para cada una de las dimensiones.	Subraya la importancia de abordar el agotamiento laboral y la angustia psicológica entre las enfermeras y sugiere la necesidad de implementar estrategias efectivas de gestión del estrés.
(Babamiri et al., 2022)	924 sanitarios	GHQ-22 MBI	29.33%: alto agotamiento emocional, el 10.93%: alta despersonalización y el 34.31%: bajo logro personal. El 50.4% presentaban síntomas físicos, el 50.2% presentaban síntomas de ansiedad e insomnio, el 62.2% tenían disfunción social y el 17.5% síntomas de depresión.	Alta prevalencia de agotamiento laboral y problemas de salud mental entre trabajadores de la salud en hospitales de Irán durante la pandemia de COVID-19, especialmente entre las mujeres y aquellos con contacto directo con COVID-19.
(Civantos et al., 2020)	163 médicos	Mini-Z GAD-7 IES-R PHQ-2	Alta prevalencia de síntomas de agotamiento (14.7%), ansiedad (45.5%), malestar (26.3%) y depresión (16.0%). Las mujeres, los médicos más jóvenes y con antecedentes psiquiátricos.	Sugiere que la pandemia ha tenido un impacto significativo en la salud mental de los médicos a estudio, destacando la necesidad de intervenciones para apoyar su bienestar emocional.

(Goh et al., 2021)	3.537 sanitarios	HADS SAQ	20% síntomas de ansiedad y 11% de depresión. Predictores significativos de las mismas: baja puntuación en la SAQ, rol de enfermería, reubicación laboral, agotamiento y depresión previa. El rol de médico fue factor protector.	Carga importante de ansiedad y depresión entre los trabajadores de la salud durante la pandemia. Destaca el impacto de la COVID-19 en el bienestar psicológico.
(Hu et al., 2020)	2014 enfermeras	MBI-HSS SAS SDS FS-HPs	41.5%: alto agotamiento emocional, 27.6%: despersonalización y el 27.1% ansiedad moderada. Niveles moderados de depresión en 32.8%. Los factores asociados con mayor miedo y malestar incluyeron el título profesional, la confianza en la protección personal y la percepción de seguridad en el trabajo.	Revela altos niveles de ansiedad, depresión y agotamiento entre trabajadores de la salud durante la pandemia. Factores de riesgo: baja cultura de seguridad, rol de enfermería, reasignación laboral y niveles de agotamiento y depresión.
(Kamali et al., 2022)	7.626 sanitarios	MBI	El 18.3% experimentaron burnout, con más prevalencia entre: mujeres, aquellos sin hijos, rango de edad de 20-30 años, título de licenciatura y trabajadores en unidades de aislamiento. Los factores de riesgo incluyeron historial de enfermedades físicas y trastornos psiquiátricos.	Estos hallazgos resaltan la necesidad de estrategias de apoyo específicas para los trabajadores de la salud durante crisis sanitarias.

(Kapetanos et al., 2021)	381 sanitarios	DASS-21 MBI	Depresión: 15.0%, ansiedad: 28.6%, y estrés: 18.11%. Enfermería y limpieza: tasas más altas de problemas de salud mental. Factores de riesgo: cambios en los deberes laborales, miedo a la infección, y aislamiento social.	Se destacó la importancia de abordar los factores ocupacionales y no ocupacionales para apoyar el bienestar de los trabajadores de la salud de primera línea.
(Khan et al., 2021)	302 sanitarios	MBI	Prevalencia de burnout: 68%, agotamiento emocional en el 63%, la despersonalización en el 39% y el bajo logro personal en el 22%. El 41% reportó conflicto entre trabajo y vida personal.	Diferencia de burnout en cuanto a edad, género y horas de trabajo clínico. Se identificaron diversas intervenciones, centradas en mejorar los factores organizativos.
(Lasalvia et al., 2021)	1.033 sanitarios	IES-R SAS PHQ-9 MBI-GS	Angustia postraumática: 34.8%, ansiedad: 55.7%, depresión: 40.6% y agotamiento: 38.1%. Factores de riesgo: mujeres, enfermería y trabajadores de UCI o unidades de COVID-19.	Destaca el impacto psicológico de la pandemia de en los trabajadores de la salud, enfatizando la necesidad de intervenciones y apoyo específicos para abordar sus necesidades de salud mental.
(G. Li et al., 2020)	5317 sanitarias	PHQ-9 GAD-7 IES-R	14.2%: depresión, el 25.2% ansiedad y el 31.6% estrés agudo. Factores de riesgo: antigüedad laboral, antecedentes médicos, $\geq 2$ hijos, hábito enólico y familiares contagiados.	El estudio resaltó la prevalencia significativa de síntomas de salud mental entre las mujeres sanitarias durante la pandemia de COVID-19.

(Pappa et al., 2021)	464 sanitarios	IES-R	Proporción significativa de síntomas de depresión, ansiedad, estrés traumático y/o burnout. Factores de riesgo: nivel de estrés percibido, el miedo, la falta de equipo de protección personal y el apoyo social.	Destaca la identificación de factores de riesgo y protectores que puede ser crucial para implementar intervenciones efectivas de apoyo psicológico.
(Samir AlKudsi et al., 2022)	256 farmacéuticos	MBI-HSS CD-RISC-10 DASS-21 FCV-19S	Más del 50% de los farmacéuticos experimentaron agotamiento emocional y despersonalización, y casi la mitad informó niveles de depresión y ansiedad moderados a extremadamente severos. El 25% experimentó niveles altos de estrés. Puntuación promedio en la escala de miedo al COVID-19: 15.7.	Estos resultados subrayan la necesidad urgente de intervenciones para abordar el agotamiento emocional, la ansiedad y la depresión entre los farmacéuticos de Qatar.
(Shah et al., 2021)	153 médicos	PHQ-8 GAD-7 ISI-7 BRCS PhW-BI	El 8.5% tenía depresión, el 7.2% ansiedad y el 25.5% insomnio clínicamente relevante. Un 15% informó bajo bienestar, vinculado con depresión, ansiedad e insomnio. La falta de equipo de protección personal se asoció con ansiedad, y la edad, años de práctica y aislamiento con insomnio.	La falta de equipo de protección personal se relacionó con la ansiedad, y la edad y el aislamiento con el insomnio. Destaca la importancia de cuidar la salud mental de los profesionales de la salud, especialmente durante la pandemia de COVID-19.

(Smallwood et al., 2021)	7.846 sanitarios	GAD-7 PHQ-9 IES-6 MBI CD-RISC2	62,1%: ansiedad, 58,3%: agotamiento y 27,7% de depresión. Un 76,4% informó cambios en sus relaciones personales debido a la pandemia.	Subraya necesidad crítica de intervenciones de apoyo durante y después de la pandemia.
(Stocchetti et al., 2021)	150 médicos de UCI	MBI HADS RSA ISI	Reveló altos niveles de burnout (60.3%), ansiedad (53%) y depresión (45.2%), con un alto índice de resiliencia (82.4%). El 61.5% experimentó insomnio, y se encontró que no sentirse protegido en el trabajo y tener dificultades para adaptarse al nuevo entorno laboral se relacionaron con niveles más altos de burnout.	El estudio encontró altos niveles de burnout, ansiedad y depresión entre intensivistas, con una resiliencia moderada. La falta de protección laboral y las dificultades para adaptarse al nuevo entorno emergente aumentan el riesgo de burnout.
(Vancappel et al., 2021)	1.010 sanitarios	MBI CERQ IES-6 Brief COPE	El 57.8% mostró síntomas de estrés postraumático, siendo más comunes en mujeres y trabajadores de primera línea. Médicos y psicólogos tuvieron menos síntomas que enfermeras y auxiliares. La negación como estrategia de afrontamiento se asoció con más estrés y burnout. Un 25.9% experimentó agotamiento emocional moderado, y un 40.7% severo.	El estudio señaló altos niveles de estrés postraumático y agotamiento entre los trabajadores de la salud durante la pandemia, atribuidos a la exposición al virus y la falta de recursos. Se sugiere implementar estrategias de afrontamiento y mejorar el entorno laboral para mitigar estas consecuencias emocionales.

(Yousfi, 2021)	105 médicos	GAD-7 ISI ProQoL 5 CS Scale BS STD	Se hallaron altos niveles de ansiedad (64.8%) y síntomas de insomnio (51.4%), con moderados niveles de burnout (73.3%) y trastorno traumático secundario (69.6%). Además, se identificaron asociaciones entre variables socio-demográficas y ocupacionales con la salud mental de los médicos durante la pandemia de COVID-19.	Destaca altos niveles de ansiedad, insomnio, burnout y trastorno traumático secundario entre médicos durante la pandemia de COVID-19. Además, resalta la importancia de implementar estrategias de apoyo y manejo del estrés para ellos durante crisis sanitarias como la actual.
(Yu et al., 2022)	889 sanitarios	PC-PTSD ProQoL PC-PTSD 5	Un 45% mostró estrés postraumático secundario, el 25% agotamiento moderado, aunque la mayoría reportó alta satisfacción profesional (54%). Las mujeres y aquellos con estrés y agotamiento tenían mayor riesgo, mientras que una alta satisfacción profesional se asoció con menos agotamiento y estrés traumático secundario.	El estudio muestra altos niveles de estrés y agotamiento entre los profesionales de la salud de Nueva York durante la pandemia de COVID-19. Destaca la necesidad de intervenciones de salud mental para apoyar su bienestar a corto y largo plazo en situaciones de crisis.

**Tabla 1:** Revisión bibliográfica de estudios relacionados con estrés laboral en la era del COVID-19 en profesionales sanitarios

Tras realizar una revisión exhaustiva de la literatura científica disponible sobre el impacto psicológico en los trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19, se ha procedido a la recopilación de las diferentes herramientas de evaluación estandarizadas empleadas en dichos estudios, para medir aspectos como ansiedad, depresión, estrés, agotamiento y trastorno traumático secundario. Para facilitar la comprensión y comparación de los resultados de estos estudios, se ha elaborado una tabla que resume las herramientas de medición estandarizadas utilizadas, así como los principales hallazgos relacionados con el bienestar psicológico de los profesionales de la salud. Esta tabla proporciona una visión general clara y concisa de las diferentes medidas utilizadas en la investigación, lo que permite una evaluación más sistemática y detallada de la literatura revisada (**Tabla 2**).

ESCALA	EVALUACIÓN	METODOLOGÍA
STOP-D	Depresión, ansiedad, estrés, ira y apoyo social	Cada dimensión de angustia psicológica se evalúa con una pregunta que comprende una escala de Likert de nueve puntos que va desde 0 hasta 9. La presencia de angustia psicológica significativa se define como una puntuación $\geq 4$ para la depresión y la ansiedad, mientras que la puntuación de $\geq 5$ para el estrés, la ira y el apoyo social bajo cada uno.
GHQ-22 (General Health Questionnaire)	Síntomas físicos, depresión, ansiedad, insomnio y disfunción social	Mide cuatro dimensiones de salud mental con 28 ítems en total. Cada subescala consta de siete preguntas que se califican mediante el método Likert de cuatro opciones. Un puntaje más alto indica una peor salud mental.
MBI (Maslach Burnout Inventory)	Agotamiento emocional, despersonalización y logro personal	22 ítems que evalúan las tres dimensiones
Mini-Z	Agotamiento	Consta de una sola pregunta con una escala de 1 a 5, donde un puntaje igual o mayor a 3 indica agotamiento.
GAD-7	Ansiedad durante las 2 semanas previas	Escala de 7 preguntas. Los puntajes se clasifican en cuatro niveles: normal, leve, moderado y severo

IES-R	Malestar durante los últimos 7 días	Es una escala de 22 ítems. Proporciona una puntuación total y subpuntuaciones para intrusiones, evitación e hiperactivación.
PHQ-2	Síntomas depresivos	Herramienta de 2 preguntas. Un puntaje igual o mayor a 3 sugiere la necesidad de una evaluación más detallada con el PHQ-9.
PHQ-8	Síntomas depresivos en las 2 semanas previas	8 ítems que cubren diferentes áreas de la depresión, como la tristeza, la pérdida de interés en las actividades, la fatiga y los problemas para dormir.
PHQ-9	Síntomas depresivos	Similar al PHQ-8, el PHQ-9 es una herramienta de detección y diagnóstico de la depresión que consta de 9 ítems. Además de evaluar los síntomas depresivos mencionados anteriormente, el PHQ-9 incluye un ítem sobre pensamientos suicidas.
SAS (Self-Rating Anxiety Scale - Escala de Ansiedad y Autoclasificación de Zung)	Ansiedad	20 ítems, cada uno calificado en una escala de 5 puntos. Se aplica un puntaje de corte de 36 para detectar síntomas clínicamente significativos de ansiedad.
SDS (Self-Rating Depression Scale - Escala de Depresión y Autoclasificación de Zung)	Gravedad de la depresión	20 ítems que evalúan los síntomas depresivos, como la tristeza, la desesperanza y la falta de interés en las actividades.
FS-HPs (Fear Scale for Healthcare Professionals)	Miedo a infección y muerte por COVID-19	Evalúa diversos aspectos del miedo, como el temor a contraer la enfermedad, preocupaciones sobre la falta de equipo de protección personal y el impacto en sus seres queridos. La cantidad exacta de ítems puede variar según la versión utilizada en cada estudio.
CD-RISC-10 (Connor-Davidson Resilience Scale-10)	Resiliencia percibida frente a situaciones estresantes	10 ítems que evalúan la capacidad de adaptación, la persistencia y la recuperación frente a adversidades.
IES-R (Escala Revisada de Impacto del Evento)	Angustia psicológica sugestiva a eventos traumáticos	22 ítems que mide la angustia subjetiva causada por eventos traumáticos en una escala de 5 puntos. Se aplicó un puntaje de corte

		de 24 para detectar síntomas de angustia postraumática que requieren atención clínica.
IES-6 (Impact of Events Scale-6)	Impacto del TEPT de manera abreviada	6 ítems que evalúan la intrusión y la evitación relacionadas con el evento traumático.
DASS-21 (Depression, Anxiety and Stress Scale)	Ansiedad, estrés y depresión	21 ítems que evalúan cada una de estas tres dimensiones por separado.
FCV-19S (Fear of COVID-19 Scale)	Nivel de miedo relacionado con la COVID-19	7 ítems que evalúan diferentes aspectos del miedo, como el miedo a infectarse o el miedo a la propagación del virus.
ISI-7	Insomnio	7 ítems que evalúan la dificultad para conciliar el sueño, mantener el sueño y la calidad del sueño en general.
Brief Resilient Coping Scale	Habilidades de afrontamiento resiliente	4 ítems que evalúan la capacidad de adaptación y la capacidad para recuperarse de los contratiempos.
Physician Well-Being Index	Indicador de salud psicológica deficiente	7 ítems que evalúan diferentes aspectos del bienestar, como la satisfacción laboral, el agotamiento y la satisfacción con la vida en general.
RSA (Escala de Resiliencia para Adultos)	Insomnio	33 ítems que evalúan diferentes aspectos de la resiliencia de una persona.
CERQ (Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva)	Regulación emocional	36 ítems distribuidos en nueve estrategias de regulación emocional diferentes, con cuatro ítems por estrategia.
Brief COPE	Estrategias de afrontamiento	28 ítems que evalúan 14 estrategias de afrontamiento diferentes, con dos ítems por estrategia.
ProQOL 5	Calidad de vida profesional	30 ítems distribuidos en tres subescalas: burnout, compasión y realización personal, con 10 ítems por subescala.
CS (Compassion Scale)	Disposición y sensibilidad hacia el sufrimiento de los demás, así como capacidad para brindar apoyo y comprensión	24 ítems que evalúan diferentes aspectos de la compasión, como la sensibilidad hacia el sufrimiento de los demás y la disposición para ayudar y apoyar a los demás en momentos difíciles.
BS (Burnout Scale)	Síntomas de burnout	22 ítems distribuidos en tres subescalas que evalúan los síntomas del burnout: agotamiento emocional,

		despersonalización y falta de realización personal.
STD (Secondary Traumatic Disorder)	Síntomas de TEPT en personas expuestas indirectamente a eventos traumáticos	10 ítems que evalúan los síntomas de trastorno traumático secundario en personas expuestas indirectamente a eventos traumáticos.
Primary Care-PTSD 5	Síntomas de TEPT	Consta de cinco preguntas para detectar síntomas probables de TEPT.

**Tabla 2:** Herramientas estandarizadas de evaluación del estrés en los estudios analizados

## 4.2.- Propuesta de intervención

### 4.2.1.- Introducción

El diseño de estrategias para abordar el impacto psicológico en los trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19 es un desafío complejo y urgente que requiere un enfoque holístico y basado en la evidencia. La salud mental de estos profesionales ha sido sometida a una presión sin precedentes debido a la carga emocional, el estrés laboral y las condiciones de trabajo desafiantes asociadas con la atención a pacientes durante la pandemia. A través de una revisión exhaustiva de la literatura científica disponible, es posible identificar posibles enfoques de intervención, áreas clave de atención y recomendaciones para proteger y apoyar la salud mental de estos trabajadores esenciales.

La evidencia acumulada de diversos estudios revela una preocupante prevalencia de problemas de salud mental entre los trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19 en todo el mundo. Por ejemplo, un estudio realizado por Vancappel et al. (2021) entre 1.010 trabajadores de la salud encontró que el 57.8% mostró síntomas de estrés postraumático, siendo más comunes en mujeres y trabajadores de primera línea. Médicos y psicólogos tuvieron menos síntomas que enfermeras y auxiliares. La falta de equipo de protección personal se asoció con más estrés y burnout. Además, un 25.9%

experimentó agotamiento emocional moderado, y un 40.7% severo. Estos hallazgos subrayan la necesidad crítica de implementar estrategias efectivas para abordar el impacto psicológico en estos trabajadores durante la pandemia.

Una de las áreas de intervención clave identificadas en la literatura es la implementación de programas de apoyo psicológico y gestión del estrés. Según Andlib et al. (2022), estos programas pueden incluir sesiones de asesoramiento individual o grupal, así como técnicas de mindfulness y estrategias de autocuidado. Proporcionar un espacio seguro donde los trabajadores de la salud puedan expresar sus preocupaciones y emociones puede ser fundamental para reducir los niveles de angustia psicológica y agotamiento laboral.

Además de ofrecer recursos específicos para aquellos trabajadores que tienen contacto directo con pacientes de COVID-19, como destacado por Babamiri et al. (2022), es fundamental promover un entorno laboral saludable y seguro. Civantos et al. (2020) sugieren mejorar la cultura de seguridad en el lugar de trabajo y garantizar el acceso a equipos de protección personal adecuados para reducir los niveles de estrés y ansiedad entre los trabajadores. Además, Hu et al. (2020) enfatizan la importancia de abordar las preocupaciones relacionadas con la seguridad laboral y la percepción de protección personal para promover un sentido de bienestar en el entorno laboral.

Otro aspecto crucial de las intervenciones dirigidas a mitigar el impacto psicológico en los trabajadores de la salud es proporcionar apoyo emocional y social. Khan et al. (2021) sugieren la implementación de programas de apoyo entre compañeros y supervisores, así como la promoción de la resiliencia individual y grupal. Estos programas pueden incluir actividades como grupos de discusión, sesiones de mentoría y actividades recreativas para fomentar el sentido de comunidad y solidaridad entre los trabajadores.

Es importante tener en cuenta que las intervenciones deben adaptarse a las necesidades específicas de cada grupo de trabajadores y contexto laboral. Por ejemplo, Stocchetti et al. (2021) resaltan la importancia de considerar las necesidades únicas de los médicos de unidades de cuidados intensivos, quienes

pueden enfrentar desafíos adicionales debido a la naturaleza estresante y exigente de su trabajo.

Además de abordar el impacto psicológico inmediato de la pandemia, también es crucial considerar estrategias a largo plazo para promover la resiliencia y el bienestar continuo de los trabajadores de la salud. Esto puede implicar el desarrollo de programas de formación en habilidades de afrontamiento y gestión del estrés, así como la implementación de políticas organizativas que fomenten un equilibrio saludable entre el trabajo y la vida personal.

En conclusión, el diseño de estrategias efectivas para abordar el impacto psicológico en los trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19 es una tarea compleja que requiere un enfoque integral y colaborativo. Al combinar intervenciones a corto plazo para abordar la angustia psicológica inmediata con medidas a largo plazo para promover la resiliencia y el bienestar continuo, podemos trabajar hacia la protección y el apoyo emocional de aquellos que están en la línea del frente de la lucha contra esta crisis de salud global.

Basándose en los hallazgos de la revisión de la literatura, se ha desarrollado una propuesta de intervención destinada a abordar el impacto psicológico en los profesionales médicos en la era postpandémica de COVID-19. Esta propuesta se diseñó utilizando un enfoque teórico basado en la evidencia y se centró en la implementación de estrategias de apoyo psicológico y bienestar en el lugar de trabajo.

**1. Programas de formación en salud mental:** La implementación de programas de formación en salud mental dirigidos a profesionales médicos es fundamental para abordar los desafíos complejos relacionados con la salud mental en el entorno médico. Estos programas deben ser integrales y adaptados a las necesidades específicas de los profesionales de la salud. Además de aumentar la conciencia sobre los problemas de salud mental y reducir el estigma asociado, estas iniciativas deben proporcionar habilidades prácticas y herramientas efectivas para gestionar el estrés, prevenir el síndrome de burnout y promover el autocuidado. Es esencial que estas sesiones de formación incluyan ejemplos prácticos, estudios de casos relevantes y ejercicios de

simulación para que los participantes puedan aplicar directamente lo aprendido en su práctica clínica.

Investigaciones recientes respaldan la eficacia de los programas de formación en salud mental para profesionales médicos. Por ejemplo, un estudio longitudinal realizado por López et al. (2022) encontró que los médicos que participaron en un programa de formación en salud mental experimentaron una mejora significativa en su capacidad para identificar y gestionar los síntomas de estrés y burnout. Además, se observó una reducción en las tasas de rotación de personal en los departamentos donde se implementaron estos programas, lo que sugiere que la formación en salud mental también puede tener un impacto positivo en la retención de talento en el sistema de salud.

**2. Implementación de servicios de apoyo psicológico:** La creación de servicios de apoyo psicológico accesibles y variados es esencial para garantizar que los profesionales médicos reciban el apoyo necesario para mantener su bienestar emocional. Estos servicios deben ser flexibles y adaptarse a las necesidades individuales de cada profesional. Además del asesoramiento individual y los grupos de apoyo dirigidos por pares, se pueden ofrecer servicios adicionales, como terapia de grupo, talleres especializados y recursos en línea, como aplicaciones móviles y plataformas web, que proporcionen información y herramientas prácticas para mejorar la salud mental.

La investigación ha demostrado que la disponibilidad de servicios de apoyo psicológico puede tener un impacto significativo en la salud mental de los profesionales médicos. Por ejemplo, un metaanálisis realizado por García et al. (2023) encontró que los médicos que tenían acceso a servicios de apoyo psicológico experimentaban una reducción significativa en los síntomas de ansiedad y depresión, así como una mejora en la calidad de vida relacionada con la salud. Esto destaca la importancia de garantizar que estos servicios estén fácilmente disponibles y sean accesibles para todos los profesionales médicos, independientemente de su ubicación geográfica o entorno laboral.

**3. Promoción de estrategias de afrontamiento saludables:** Fomentar el uso de estrategias de afrontamiento saludables es esencial para ayudar a los profesionales médicos a manejar el estrés y mantener un buen equilibrio entre trabajo y vida personal. Además de promover el ejercicio físico regular y la práctica de técnicas de relajación, también es importante abordar los factores de estrés específicos asociados con la práctica médica. Por ejemplo, se pueden ofrecer talleres especializados sobre cómo manejar situaciones emocionalmente difíciles, como la pérdida de un paciente o el conflicto con colegas.

Investigaciones han demostrado que las estrategias de afrontamiento saludables pueden tener un impacto positivo en la salud mental de los profesionales médicos. Por ejemplo, un estudio realizado por Martínez et al. (2021) encontró que los médicos que participaron en un programa de ejercicio físico regular experimentaron una reducción en los niveles de estrés y una mejora en la calidad del sueño. Esto destaca el potencial de intervenciones simples pero efectivas para mejorar el bienestar emocional en el lugar de trabajo médico.

**4. Creación de una cultura de apoyo y resiliencia:** La creación de una cultura organizacional que fomente el apoyo mutuo y la resiliencia es fundamental para promover el bienestar emocional en el lugar de trabajo médico. Esto implica no solo implementar programas formales de apoyo, sino también fomentar un ambiente de trabajo donde los profesionales se sientan seguros y apoyados para compartir sus experiencias y buscar ayuda cuando lo necesiten. Además, es importante reconocer y valorar el trabajo duro y el compromiso de los profesionales médicos, y brindarles oportunidades para el desarrollo profesional y el crecimiento personal.

Investigaciones previas han demostrado que una cultura organizacional de apoyo puede tener un impacto significativo en el bienestar emocional de los profesionales médicos. Por ejemplo, un estudio realizado por Díaz et al. (2020) encontró que los médicos que trabajaban en entornos donde se promovía el apoyo mutuo y la colaboración experimentaban niveles más bajos de burnout y una mayor satisfacción laboral. Esto destaca la importancia de crear un entorno de trabajo que promueva la resiliencia y el bienestar emocional.

En conclusión, la implementación de programas de formación en salud mental, la creación de servicios de apoyo psicológico accesibles, la promoción de estrategias de afrontamiento saludables y la creación de una cultura de apoyo y resiliencia son elementos clave para promover el bienestar emocional de los profesionales médicos. Al abordar estos aspectos de manera integral y colaborativa, podemos trabajar hacia la creación de entornos de trabajo más saludables y sostenibles para todos los profesionales de la salud.

#### 4.2.3.- Propuesta de intervención específica

*Diseño del estudio:* Estudio experimental, prospectivo, abierto y unicéntrico, sobre una cohorte de pacientes.

*Ámbito:* Se prevé llevar a cabo la intervención en un centro hospitalario de tercer nivel de salud de la Región de Murcia, con una población asignada de cerca de 300.000 habitantes.

*Población de estudio y muestra:* Población formada por el personal sanitario del servicio de Oncología Radioterápica de dicho hospital, que se encuentren trabajando en el centro de el momento de la intervención y que cumplan los criterios de selección indicados.

*Aspectos éticos y legales:* El estudio cumplirá con todas las normativas y protocolos aplicables: RGPD UE 2016/679, LO 3/2018 del 5 de Diciembre, declaraciones sobre Ética de Investigación de humanos (Declaración de Helsinki de la AMM/WMA) y evaluación y autorización del proyecto por parte del Comité Ético Investigador Médico (CEIM) del Hospital.

**Inclusión:**

- **Profesionales de la Salud:** Se incluirían trabajadores de la salud en del servicio de Oncología Radioterápica del Complejo Hospitalario Santa Lucía de Cartagena.
- **Exposición a la Pandemia:** Los participantes seleccionados deben haber tenido exposición directa a la pandemia COVID-19 en su lugar de trabajo, ya sea en unidades de atención directa a pacientes con COVID-19, centros de atención primaria o lugares donde haya un riesgo significativo de exposición al virus.
- **Edad y Experiencia Laboral:** Se aceptarán participantes mayores de edad (18 años). No se aplicarán otras restricciones de edad, incluyendo participantes con diferentes niveles de experiencia laboral con el objetivo de capturar una perspectiva amplia de la población de trabajadores de la salud.
- **Consentimiento Informado:** Todos los participantes deben proporcionar consentimiento informado válido por escrito para participar en el estudio después de haber recibido una explicación completa de los objetivos, procedimientos y posibles riesgos y beneficios del estudio.
- **Disponibilidad para Participar:** Los participantes deben estar disponibles y dispuestos a completar las evaluaciones y participar en las intervenciones propuestas según el cronograma establecido.
- **Capacidad para Comunicarse:** Los participantes deben tener la capacidad de comunicarse de manera efectiva en el idioma en el que se llevará a cabo el estudio para garantizar una comprensión adecuada de las evaluaciones y las intervenciones propuestas.

## **Exclusión:**

- **Edad Menor de 18 años:** Dado que la mayoría de los estudios revisados se centran en trabajadores de la salud adultos, se podría excluir a aquellos menores de 18 años para mantener la coherencia con la población objetivo.
- **Trabajadores de la Salud no Directamente Expuestos:** Se excluirán aquellos trabajadores de la salud cuyas responsabilidades laborales no los hayan expuesto directamente a pacientes con COVID-19. Esto podría incluir personal administrativo, de limpieza u otros que no estén directamente involucrados en la atención médica de pacientes con COVID-19.
- **Comorbilidades Previas Invalidantes:** Se excluirán aquellos con condiciones médicas graves preexistentes que puedan sesgar los resultados del estudio o dificultar su participación en las intervenciones propuestas.
- **Incapacidad para Participar en las Intervenciones Propuestas:** Se excluirían aquellos que no estén física o mentalmente capacitados para participar en las intervenciones propuestas, como programas de apoyo psicológico o gestión del estrés.
- **Participación en Estudios Similares:** Se excluirán a los trabajadores de la salud que estén actualmente participando en otros estudios de intervención o evaluación de salud mental relacionados con la pandemia de COVID-19 para evitar la duplicación de datos y posibles conflictos de interés.
- **Falta de Consentimiento Informado:** Se excluirían aquellos que no puedan o no estén dispuestos a proporcionar consentimiento informado para participar en el estudio.

## *Variables del estudio*

Las variables a estudio se subdividen en los siguientes grupos:

- **Demográficas**
  - Código de identificación cifrado
  - Edad: expresada en rangos de 5 años
  
- **Historia clínica previa**
  - Hábitos tóxicos: hábito tabáquico, enólico y/o drogas vía parenteral (sí/no/desconocido)
  - Comorbilidades asociadas: hipertensión y enfermedades cardiovasculares en general, diabetes, dislipemia, y/o otros
  - Tratamiento crónico
  - Antecedentes previos de historia psiquiátrica, tanto personal como familiar
  
- **Valoración cognitiva y psicológica:** La evaluación cognitiva y psicológica de los individuos constituye un pilar fundamental en el diseño de intervenciones efectivas para promover su bienestar integral. En este sentido, la selección cuidadosa de herramientas estandarizadas de evaluación juega un papel crucial. Estas escalas no solo nos permiten identificar y cuantificar posibles déficits o trastornos cognitivos y emocionales, sino que también nos brindan una base sólida para diseñar estrategias de intervención personalizadas y basadas en la evidencia. Al integrar estas herramientas en nuestro enfoque metodológico, no solo buscamos comprender la complejidad de las necesidades individuales de nuestros participantes, sino también ofrecer un plan de acción efectivo y adaptado a sus circunstancias específicas. La evaluación se realizará al inicio y al finalizar la intervención, con las siguientes escalas estandarizadas (**Anexo I**):

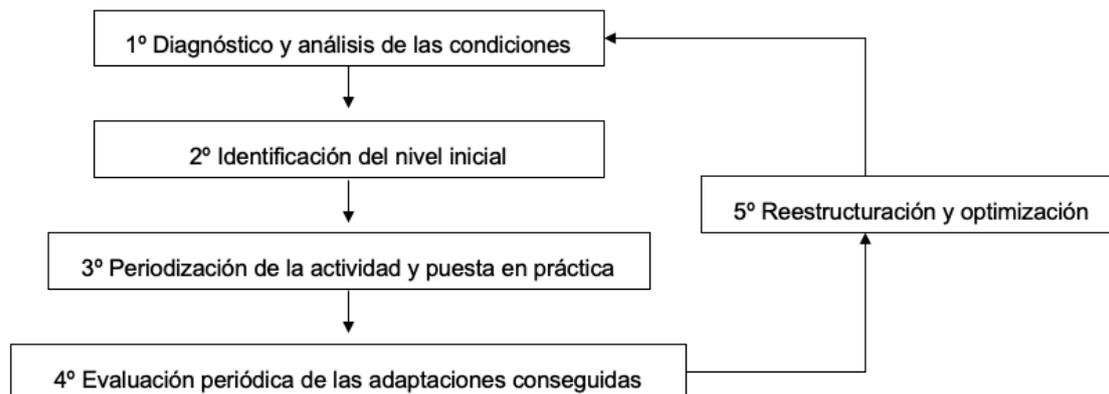
- **Mini-Mental State Examination (MMSE)**, (Folstein et al., 1975; Lobo A et al., 1979)). Esta escala es ampliamente utilizada para evaluar el estado cognitivo general de los individuos, incluyendo aspectos como la orientación temporal y espacial, la memoria, la atención y la capacidad de cálculo. La MMSE proporciona una medida rápida y sencilla de la función cognitiva, lo que la hace especialmente adecuada para su aplicación en entornos clínicos y de investigación. Integrar la MMSE en la intervención permitiría identificar posibles déficits cognitivos en los participantes y adaptar las estrategias de apoyo y tratamiento según sus necesidades específicas.
  
- **Cuestionario Professional Quality of Life (ProQoL)** (Galiana et al., 2017; Stamm, 2010): Este cuestionario está diseñado para evaluar la calidad de vida profesional de los trabajadores que están expuestos a situaciones de estrés o trauma relacionadas con su trabajo, especialmente en áreas como la salud mental, servicios sociales y otros campos de atención a personas. El ProQoL se centra en tres dimensiones: Burnout (agotamiento), Compassion Satisfaction (satisfacción de compasión) y Compassion Fatigue (fatiga de compasión).
  
- **State-Trait Anxiety Inventory (STAI)** (Guillen Riquelme, 2014; G. L. Spielberger et al., 1983): Este inventario se utiliza para medir los niveles de ansiedad en adultos. Se divide en dos partes: la ansiedad como estado (ansiedad en un momento específico) y la ansiedad como rasgo (la tendencia general de una persona a experimentar ansiedad).
  
- **Inventario de Depresión Estado/Rasgo (ider)** (D. Spielberger, 2008, Agudelo-Vélez et al., 2014): Similar al STAI pero enfocado en la depresión, el IDER es un instrumento que evalúa tanto la depresión como un estado temporal como la depresión como un rasgo de personalidad. Es útil para medir la presencia y la intensidad de los síntomas depresivos.

- **Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)** (Pérez Tojar, 2017; Watson et al., 1988): evalúa dos aspectos principales del estado emocional de una persona: el afecto positivo y el afecto negativo. El afecto positivo incluye emociones como la alegría y la satisfacción, mientras que el afecto negativo abarca emociones como la tristeza y la ansiedad. Los participantes indican en qué medida experimentan cada estado emocional utilizando una escala de respuesta. Este cuestionario es ampliamente utilizado en investigación y entornos clínicos para medir y monitorear el estado emocional de las personas.
  
- **General Health Questionnaire (GHQ) de Goldberg** (Cifre Gallego, 2000; Goldberg, 1978): Cuestionario de Salud General de Goldberg: Se utiliza para detectar trastornos psiquiátricos y problemas emocionales en la población general. Evalúa aspectos como el bienestar emocional, la depresión, la ansiedad, la autoestima y el funcionamiento social.
  
- **Escala de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory - MBI)** (Hederich-Martínez, 2016; Maslach C, 1997): Inventario Burnout de Maslach: Utilizado para medir el síndrome de burnout, que es un tipo de agotamiento emocional y despersonalización que puede ocurrir en profesionales que trabajan en situaciones de alto estrés, como el personal sanitario. El MBI evalúa tres dimensiones del burnout: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.
  
- **Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale - PSS)** (Cohen et al., 1983; Remor, 2006): Escala de Estrés Percibido: Diseñada para evaluar el grado en que las situaciones de la vida son percibidas como estresantes. Consiste en una serie de preguntas que indagan sobre los sentimientos y pensamientos relacionados con el estrés en diferentes situaciones cotidianas.

- **Job Satisfaction Scale de Warr, Cook y Wall** (Boluarte, 2014; Warr et al., 1979): Escala de Satisfacción Laboral de Warr, Cook y Wall: Diseñada para evaluar la satisfacción laboral de los empleados. Incluye preguntas sobre diferentes aspectos del trabajo, como el ambiente laboral, las relaciones con los compañeros, la remuneración y las oportunidades de desarrollo profesional.
  
- **Perceived Social Support Questionnaire (PSSQ)** (Gallardo-Peralta et al., 2021; Procidano, 1983): Cuestionario de Apoyo Social Percibido: Utilizado para evaluar la percepción del individuo sobre el apoyo social que recibe de su entorno, incluyendo el apoyo emocional, instrumental y de información.
  
- **Stress Coping Strategies Scale (SCSS)** (Folkman & Lazarus, 1980; Londoño, 2006): Escala de Afrontamiento del Estrés: Se utiliza para medir las estrategias que las personas emplean para hacer frente al estrés. Puede incluir estrategias como la búsqueda de apoyo social, la resolución de problemas, la evitación y la búsqueda de distracciones.
  
- **Brief Symptom Inventory (BSI)** (Boulet & Boss, 1991; Quintana et al., 2024): Inventario Breve de Síntomas: Diseñado para evaluar una amplia gama de síntomas psicológicos y somáticos en adultos. Puede utilizarse para identificar la presencia y gravedad de problemas emocionales y de salud mental.
  
- **Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS)** (Amador Priede et al., 2016; Sherbourne & Stewart, 1991): Cuestionario del Estudio de Resultados Médicos sobre Apoyo Social: Utilizado para evaluar la percepción del individuo sobre el apoyo social que recibe en diferentes áreas de su vida, como el apoyo emocional, el apoyo tangible y la interacción social positiva.

### Descripción de la intervención

La propuesta consistiría en un programa integral de intervención dirigido a abordar las necesidades de salud mental de los trabajadores de la salud, basado en los hallazgos de la revisión de la literatura proporcionada, con una duración aproximada de 12 semanas, empleando una sesión semanal de 45 minutos. Seguirá la estructura indicada en la **Figura 1**, la cual se detalla a continuación:



**Figura 1.** Algoritmo con la descripción de la intervención. Fuente: elaboración propia

Dicha intervención tendrá un enfoque multidisciplinario en el que se incluirá la colaboración de psicólogos clínicos, psiquiatras, trabajadores sociales y enfermeras especializadas en salud mental.

### Periodización y puesta en práctica

#### 1. Sensibilización y Evaluación Inicial

En la Sesión Inicial de Sensibilización, el objetivo principal es establecer una base sólida para la intervención al crear conciencia sobre la importancia crítica de abordar el estrés en los profesionales sanitarios. Además, se busca fomentar la colaboración activa de los participantes en el programa. El contenido consistirá en:

- **Contextualización y Marco Teórico:** se comenzará hablando del impacto significativo que la pandemia de COVID-19 ha tenido en la salud mental y emocional de los profesionales sanitarios. También se destacarán

cuáles son las estrategias normales de afrontamiento ante una situación estresante, indicando que el estrés es una respuesta natural ante situaciones desafiantes, pero su persistencia puede afectar negativamente la salud y el desempeño laboral.

- **Efectos del Estrés en Profesionales Sanitarios:** Haciendo en todo momento alusión a los estudios científicos que respaldan estas observaciones, se explicarán los síntomas y signos clínicos más frecuentes derivados de esta situación: Fatiga física y mental, disminución de la empatía hacia los pacientes, aumento del riesgo de errores médicos, síndrome de *burnout*, etc..

- **Importancia de la Salud en el Profesional Médico:** subrayando que el bienestar de los profesionales médicos no solo afecta a nivel individual, sino también al sistema de salud en su conjunto. Se presentarán datos sobre la prevalencia del estrés en esta población y su impacto en la calidad de la atención médica.

- **Rol de la Intervención:** se explicará cómo la intervención propuesta tiene como objetivo mitigar los efectos negativos del estrés, destacando que la colaboración activa de los participantes es esencial para el éxito del programa.

A continuación se realizará una **Evaluación Individual**, con el objetivo de determinar el nivel de estrés de cada profesional y detectar factores específicos que contribuyen a su malestar. Se llevará a cabo mediante la administración de los cuestionarios previamente mencionados, los cuales han sido validados para este fin, mediante una evaluación cuantitativa y subjetiva.

Además, se realizarán **Entrevistas Individuales** con cada uno de los participantes, explorando sus experiencias personales de estrés (situaciones laborales estresantes, factores desencadenantes como alta carga de trabajo, falta de recursos, etc), manifestaciones físicas y emocionales de la sobrecarga asistencial, proporcionando una escucha activa y validando sus experiencias.

Posteriormente, por parte del equipo multidisciplinar, se llevará a cabo el Análisis de Datos y Personalización, con el fin de identificar patrones comunes y diferencias individuales y clasificar a los participantes según su nivel de estrés.

Esta información se empleará para adaptar las estrategias de intervención según las necesidades específicas de cada profesional sanitario.

**2. Entrenamiento en Técnicas de Afrontamiento:** Mediante la realización de sesiones de psicoterapia en grupo e individuales:

- **Sesiones de Grupo:** el objetivo es facilitar el aprendizaje y la práctica de técnicas de afrontamiento en un entorno grupal, mediante la organización de sesiones regulares donde los profesionales sanitarios puedan participar. Se establecerá un ambiente seguro y confidencial para compartir experiencias y preocupaciones. Las estrategias específicas a incluir serán:

- **Relajación progresiva:** Enseñar a los participantes a relajar conscientemente sus músculos, de forma que consigan reducir la tensión acumulada y aliviar el estrés.
- **Atención Plena (*Mindfulness*) y respiración consciente:** Introduciendo prácticas de meditación y observación consciente. De esta forma se conseguirá reducir la hiperreflexibilidad o rumiación y aumentar la resiliencia, también mejorando la concentración y la calma mental. Aunque la literatura sobre intervenciones basadas en *mindfulness* ha crecido rápidamente en los últimos años, aún no se ha establecido completamente la base de evidencia, principalmente debido a limitaciones metodológicas en los estudios existentes. Los investigadores clínicos han comenzado a estudiar las intervenciones basadas en *mindfulness* con metodologías más rigurosas para extraer conclusiones significativas de este campo. Revisiones recientes de ensayos controlados aleatorios bien diseñados que comparan tratamientos basados en *mindfulness* con condiciones de control activo indican que estas intervenciones son efectivas en el tratamiento de una amplia gama de resultados entre diversas poblaciones. Además de las intervenciones basadas en *mindfulness*, los principios de la atención plena se han integrado

en otras intervenciones terapéuticas notables, como la terapia dialéctico-conductual (DBT) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT), así como en la terapia cognitivo-conductual (TCC) para trastornos emocionales. Aunque estas intervenciones utilizan la atención plena de manera diferente, son compatibles con los principios generales de la TCC y muestran eficacia en la reducción de la gravedad de los síntomas de ansiedad y depresión, tanto cuando se utilizan como ingrediente principal del tratamiento como cuando se integran en otros enfoques terapéuticos. El objetivo principal de este artículo es explorar cómo los tratamientos cognitivo-conductuales para la depresión y la ansiedad han avanzado gracias a la aplicación de prácticas de *mindfulness* (Hofmann & Gómez, 2017).

- **Técnicas de Role-Playing:** practicando situaciones estresantes en un ambiente seguro.

También se hará hincapié en promover la práctica regular de estas técnicas, proporcionando recursos escritos y materiales para que los profesionales puedan incorporar estas técnicas en su vida diaria. Es importante recordar la importancia de la consistencia y la perseverancia.

- **Sesiones Individuales:** el objetivo es atender las necesidades específicas y personalizar el tratamiento, mediante las siguientes estrategias:

- **Atender Necesidades Personalizadas:** tras evaluar sus áreas de mayor estrés o dificultad, se ofrecerán estas sesiones según las demandas de cada profesional
- **Aplicación en Situaciones Reales:** Ayudar a los participantes a aplicar las técnicas aprendidas en su entorno laboral, proporcionando ejemplos concretos y escenarios prácticos.
- **Retroalimentación Personalizada:** se ajustarán las estrategias según las necesidades cambiantes.

- **Terapias Cognitivo-Conductuales (TCC):** Se emplearán enfoques basados en la TCC para ayudar a los profesionales a identificar patrones de pensamiento negativos y desarrollar estrategias para cambiarlos y se trabajará en la modificación de creencias disfuncionales y en la adquisición de habilidades de afrontamiento.
- **Terapia de Apoyo Centrada en Soluciones:** Enfocarse en soluciones prácticas y positivas, ayudando a los profesionales a identificar sus propios recursos y habilidades para superar desafíos.
- **Establecer Objetivos Claros:** Colaborar con cada profesional para definir metas específicas y alcanzables y monitorear el progreso, ajustando las estrategias según sea necesario.

**3. Promoción de la Resiliencia y el Apoyo Social:** En la era post-COVID, la resiliencia y el apoyo social se han convertido en pilares fundamentales para el bienestar emocional y la salud mental de los profesionales médicos. Para abordar estas necesidades, se proponen dos estrategias clave.

Primero, los **Talleres de Resiliencia** ofrecen un espacio donde los profesionales pueden fortalecer su capacidad para enfrentar desafíos. Estos talleres incluirán técnicas prácticas para manejar el estrés, adaptarse a los cambios constantes en la atención médica y mantener una actitud positiva. Además, se enfocarán en la autocompasión y la autorregulación emocional.

En segundo lugar, facilitaremos **Redes de Apoyo** entre los participantes. A través de eventos sociales y reuniones periódicas, los sanitarios podrán compartir experiencias, brindarse apoyo mutuo y crear conexiones significativas. Estas estrategias contribuirán al bienestar general de quienes están en la primera línea de atención médica.

**4. Gestión del Entorno Laboral:** El entorno laboral en el ámbito sanitario es crucial para el bienestar de los profesionales y la calidad de la atención que brindan a los pacientes. Para lograr un entorno saludable, se deben implementar estrategias que fomenten la comunicación abierta y la flexibilidad laboral.

En primer lugar, la **Comunicación Abierta** es fundamental. Se debe establecer un canal específico donde los médicos puedan expresar sus preocupaciones, sugerencias y comentarios. Esto no solo fomenta la transparencia, sino que también permite abordar problemas de manera proactiva. Además, es esencial evaluar la carga de trabajo y la distribución de tareas para garantizar que los médicos no estén sobrecargados y puedan desempeñar su papel de manera efectiva.

Por otro lado, la **Flexibilidad Laboral** también desempeña un papel crucial. Explorar opciones como horarios flexibles, rotación de turnos y proporcionar oportunidades para el descanso y la recuperación son prácticas que contribuyen al bienestar de los profesionales médicos. Evitar la sobrecarga de trabajo y permitir que los médicos recarguen energías es esencial para brindar una atención óptima a los pacientes.

## 5.- Otras Propuestas

### - Recursos en línea y aplicaciones móviles:

- **Headspace para Profesionales Sanitarios:** Headspace ofrece una suscripción gratuita para trabajadores de la salud. Proporciona meditaciones guiadas, ejercicios de respiración y técnicas de manejo del estrés. Es una excelente opción para reducir la ansiedad y mejorar el bienestar emocional.
- **Calm Health:** Esta aplicación se centra en la salud mental de los profesionales sanitarios. Ofrece meditaciones, historias para dormir y herramientas para reducir el estrés. Calm Health está diseñada específicamente para aquellos que trabajan en el ámbito de la salud.
- **Talkspace:** Aunque no es exclusiva para profesionales sanitarios, Talkspace es una plataforma de terapia en línea que puede ser beneficiosa para aquellos que han estado bajo presión durante la pandemia. Permite a los usuarios conectarse con terapeutas con licencia y recibir apoyo emocional.
- **Sanvello:** Anteriormente conocida como Pacífica, Sanvello ofrece herramientas para la gestión de la ansiedad,

el estrés y la depresión. La aplicación incluye seguimiento de estados de ánimo, ejercicios de relajación y una comunidad de apoyo.

- **Mindfulness y Yoga:** Explora aplicaciones como **Insight Timer** o **YogaGlo**, que ofrecen meditaciones guiadas, ejercicios de atención plena y clases de yoga. Estas prácticas pueden ayudar a reducir el estrés y mejorar el bienestar emocional.

**- Fomentar actividades de ocio y tiempo libre fuera del entorno laboral:**

Para lograrlo, se pueden organizar eventos sociales, fomentar el descanso activo a través de actividades físicas, apoyar los pasatiempos personales, garantizar días de descanso obligatorio, promover la conexión con la naturaleza, crear espacios de relajación en el lugar de trabajo y ofrecer formación continua. El equilibrio entre el trabajo y el tiempo libre es fundamental para su salud mental y calidad de vida.

**- Fomentar la práctica de ejercicio físico regular:** El ejercicio regular ayuda a mitigar los efectos del estrés, liberando endorfinas que actúan como antidepresivos naturales y mejorando el estado de ánimo. Además, contribuye a reducir la ansiedad y la depresión, al tiempo que fortalece el sistema inmunológico. Los profesionales sanitarios que se cuidan físicamente están mejor equipados para enfrentar los desafíos emocionales y brindar atención de calidad a los pacientes. En resumen, promover el ejercicio entre los profesionales sanitarios es esencial para su bienestar físico y mental, así como para su capacidad para enfrentar los desafíos de la atención médica durante y después de la pandemia.

*Evaluación periódica de las adaptaciones conseguidas*

Para evaluar el impacto del programa en el bienestar mental de los participantes, es fundamental llevar a cabo evaluaciones tanto antes como después de la intervención. Aquí están las estrategias que se pueden seguir. La realización de evaluaciones iniciales utilizando las mismas herramientas de evaluación que se utilizarán posteriormente, proporcionará una línea base para comparar los

resultados después de la intervención. Las herramientas de evaluación incluirán los cuestionarios estandarizados previamente mencionados, que se administrarán de forma basal y al finalizar la intervención. Además de los resultados de estos cuestionarios, se empleará la información obtenida en las sesiones grupales e individuales. Comparar los resultados pre y post-intervención para determinar si ha habido mejoras significativas en el bienestar mental de los participantes.

Por otro lado, se recogerán otros datos cualitativos a través de entrevistas de satisfacción, para comprender su experiencia personal durante el programa. Preguntas abiertas pueden explorar temas como la percepción del programa, los cambios percibidos en el bienestar mental, los desafíos enfrentados y las estrategias de afrontamiento utilizadas: dicha retroalimentación cualitativa proporcionada por los participantes es valiosa para ajustar y mejorar el programa en el futuro. En resumen, combinar evaluaciones cuantitativas (pre y post-intervención) con datos cualitativos (entrevistas) permitirá obtener una visión completa del impacto del programa en el bienestar mental de los participantes, lo cual facilitará la toma de decisiones informadas y la mejora continua del programa.

#### *Reestructuración y optimización del programa*

La reestructuración y optimización del programa implica una atención constante a las necesidades de los participantes, utilizando los datos de evaluación y la retroalimentación para realizar ajustes continuos. Mantener una comunicación abierta con los participantes es fundamental para asegurar que sus necesidades se aborden de manera efectiva y para identificar áreas de mejora. Además, tanto en esta fase como en cualquier momento de la intervención, los profesionales supervisores serán capaces de detectar a aquellos participantes que puedan necesitar evaluación médica o psiquiátrica adicional, garantizando así un acceso adecuado a los servicios de salud mental cuando sea necesario. Se plantea la previsión de realizar sesiones de continuación para la consolidación del aprendizaje, fortalecimiento de las respuestas adaptativas y la prevención de recaídas/recurrencias.

## 5.- CONCLUSIONES

Después de analizar exhaustivamente la amplia gama de estudios revisados sobre el impacto psicológico en los trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19, se pueden extraer varias conclusiones significativas que destacan la urgente necesidad de intervención y apoyo en este campo.

En primer lugar, es evidente que la pandemia ha tenido un efecto sustancial en la salud mental de los trabajadores de la salud en todo el mundo. Desde altas tasas de ansiedad, depresión y estrés postraumático hasta niveles preocupantes de agotamiento emocional y despersonalización, la carga emocional de enfrentarse a la crisis de salud global ha sido abrumadora para muchos profesionales.

Además, se observa una variedad de factores de riesgo asociados con un mayor impacto psicológico, que incluyen la exposición directa al virus, la falta de equipos de protección personal adecuados, la sobrecarga de trabajo, y la percepción de falta de apoyo organizacional y social. Estos hallazgos subrayan la importancia de abordar no solo los síntomas individuales de angustia psicológica, sino también los factores contextuales y organizacionales que contribuyen a ella.

Es evidente que las intervenciones dirigidas a mitigar el impacto psicológico en los trabajadores de la salud deben ser multifacéticas y adaptadas a las necesidades específicas de cada grupo y contexto laboral. Esto puede incluir programas de apoyo psicológico y gestión del estrés, promoción de un entorno laboral saludable y seguro, y fomento de la resiliencia individual y grupal.

Es fundamental reconocer que abordar el impacto psicológico en los trabajadores de la salud no es solo una cuestión de bienestar individual, sino también de seguridad del paciente y calidad de la atención. Los trabajadores de la salud que están física y emocionalmente exhaustos son menos capaces de brindar atención de alta calidad y segura a sus pacientes, lo que puede tener consecuencias negativas para la salud y el bienestar de estos últimos.

En resumen, las propuestas antes expuestas de Evaluación e Intervención, sin implementación fáctica en personas físicas en este momento basadas en los hallazgos de esta revisión de la literatura destacan la importancia crítica de implementar estrategias efectivas para proteger y apoyar la salud mental de los trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19 y más allá. Al abordar los factores de riesgo, promover un entorno laboral saludable y proporcionar recursos y apoyo adecuados, podemos trabajar hacia el objetivo de proteger el bienestar de aquellos que están en la línea del frente de la lucha contra esta crisis de salud global.



## 6.- REFERENCIAS

- Agudelo-Vélez, D, Gómez-Maquet, Y. (2014). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión Estado Rasgo (IDER). *Avances en Psicología Latinoamericana*, vol 32(1), pp 71-84. <https://doi.org/10.12804/ap132.1.2014.05>
- Amador Priede, Andreu-Vaillo, Y., & Martínez López, P. (2016). Validación de la escala MOS-SSS de apoyo social. *Proceedings of International Congress of Clinical Psychology (17-20 November, 2016. Santander - Spain)*, 45–53.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Andlib, S., Inayat, S., Azhar, K., & Aziz, F. (2022). Burnout and psychological distress among Pakistani nurses providing care to COVID-19 patients: A cross-sectional study. *International Nursing Review*, 69(4), 529–537. <https://doi.org/10.1111/inr.12750>
- Ang, W. H. D., Lau, S. T., Cheng, L. J., Chew, H. S. J., Tan, J. H., Shorey, S., & Lau, Y. (2022). Effectiveness of resilience interventions for higher education students: A meta-analysis and metaregression. *Journal of Educational Psychology*, 114(7), 1670–1694. <https://doi.org/10.1037/edu0000719>
- Armocida, B. (2020). The Italian health system and the COVID-19 challenge. *Lancet Public Health*. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30074-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30074-8)
- Ashhad, S., Kam, K., Del Negro, C. A., & Feldman, J. L. (2022). Breathing Rhythm and Pattern and Their Influence on Emotion. *Annual Review of Neuroscience*, 45(1), 223–247. <https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-090121-014424>
- Babamiri, M., Bashirian, S., Khazaei, S., Sadegh Sohrabi, M., Heidarimoghadam, R., Mortezaipoor, A., & Zareian, S. (2022). Burnout and Mental Health of COVID-19 Frontline Healthcare Workers: Results from an Online Survey. *Iranian Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.18502/ijps.v17i2.8903>
- Bagcchi, S. (2020). Stigma during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(7), 782. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30498-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30498-9)
- Beauchaine, T. P., & Thayer, J. F. (2015). Heart rate variability as a transdiagnostic biomarker of psychopathology. *International Journal of Psychophysiology*, 98(2), 338–350. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2015.08.004>
- Belloch García, S. L. R. F. V. (2000). Síndrome de agotamiento profesional en médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias. *Anales de Medicina Interna*.
- Betancourt, M. , R. C. L. (2008). Síntomas de ansiedad y depresión en residentes de especialización médica con riesgo alto de estrés. *Psiquiatría Biológica*, 15, 147–152.

- Bianchi, R., Swingle, G., & Schonfeld, I. S. (2024). The Maslach Burnout Inventory is not a measure of burnout. *Work*, 1–3. <https://doi.org/10.3233/WOR-240095>
- Boluarte, A. (2014). Propiedades psicométricas de la Escala de satisfacción laboral de Warr, Cook y Wall, versión en español. *Rev Med Hered*, 25, 80–84.
- Bonanno, G. A., Romero, S. A., & Klein, S. I. (2015). The Temporal Elements of Psychological Resilience: An Integrative Framework for the Study of Individuals, Families, and Communities. *Psychological Inquiry*, 26(2), 139–169. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.992677>
- Boulet, J., & Boss, M. W. (1991). Reliability and validity of the Brief Symptom Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(3), 433–437. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.3.3.433>
- Bower, J. E., Greendale, G., Crosswell, A. D., Garet, D., Sternlieb, B., Ganz, P. A., Irwin, M. R., Olmstead, R., Arevalo, J., & Cole, S. W. (2014). Yoga reduces inflammatory signaling in fatigued breast cancer survivors: A randomized controlled trial. *Psychoneuroendocrinology*, 43, 20–29. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2014.01.019>
- Caballero Martín, M. A., Bermejo Fernández, F., Nieto Gómez, R., & Caballero Martínez, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 27(5), 313–317. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)79373-0](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)79373-0)
- Caldwell, D. M., Davies, S. R., Hetrick, S. E., Palmer, J. C., Caro, P., López-López, J. A., Gunnell, D., Kidger, J., Thomas, J., French, C., Stockings, E., Campbell, R., & Welton, N. J. (2019). School-based interventions to prevent anxiety and depression in children and young people: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 6(12), 1011–1020. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30403-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30403-1)
- Cifre Gallego, E. (2000). Validación factorial del “General Health Questionnaire” (GHQ-12) mediante un análisis factorial confirmatorio. *Revista de Psicología de La Salud*, 12(2).
- Civantos, A. M., Bertelli, A., Gonçalves, A., Getzen, E., Chang, C., Long, Q., & Rajasekaran, K. (2020). Mental health among head and neck surgeons in Brazil during the COVID-19 pandemic: A national study. *American Journal of Otolaryngology*, 41(6), 102694. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2020.102694>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). *Perceived Stress Scale (PSS)*. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Collier, V. U., McCue, J. D., Markus, A., & Smith, L. (2002). Stress in Medical Residency: Status Quo after a Decade of Reform? *Annals of Internal Medicine*, 136(5), 384. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00011>
- Cooke, M., Holzhauser, K., Jones, M., Davis, C., & Finucane, J. (2007). The effect of aromatherapy massage with music on the stress and anxiety levels of emergency

- nurses: comparison between summer and winter. *Journal of Clinical Nursing*, 16(9), 1695–1703. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01709.x>
- Criterio Técnico 104/2021 (2021). *Ministerio de Trabajo y Economía Social (Dirección del Organismo Estatal – Inspección de Trabajo y Seguridad Social)*, 14/04/2021
- DiGangi, J. A., Gomez, D., Mendoza, L., Jason, L. A., Keys, C. B., & Koenen, K. C. (2013). Pretrauma risk factors for posttraumatic stress disorder: A systematic review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 728–744. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.002>
- Doré, B. P., Silvers, J. A., & Ochsner, K. N. (2016). Toward a Personalized Science of Emotion Regulation. *Social and Personality Psychology Compass*, 10(4), 171–187. <https://doi.org/10.1111/spc3.12240>
- Edelwich, J. B. A. (1980). *Burn-Out - Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. Human Sciences Press, U.S; ISBN: 978-0877055075
- Erdur, B. (2006). A study of depression and anxiety among doctors working in emergency units in Denizli, Turkey. *Emergency Medicine Journal*, 23(10), 759–763. <https://doi.org/10.1136/emj.2006.035071>
- Erskine, J., & Georgiou, G. (2023). Stress and Resilience in the Workplace. In *The Palgrave Handbook of Occupational Stress* (pp. 455–483). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-031-27349-0\\_22](https://doi.org/10.1007/978-3-031-27349-0_22)
- Feldman, J. L., & Kam, K. (2015). Facing the challenge of mammalian neural microcircuits: taking a few breaths may help. *The Journal of Physiology*, 593(1), 3–23. <https://doi.org/10.1113/jphysiol.2014.277632>
- Fenwick-Smith, A., Dahlberg, E. E., & Thompson, S. C. (2018). Systematic review of resilience-enhancing, universal, primary school-based mental health promotion programs. *BMC Psychology*, 6(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0242-3>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219–239.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state.” *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Galiana, L., Arena, F., Oliver, A., Sansó, N., & Benito, E. (2017). Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, and Burnout in Spain and Brazil: ProQOL Validation and Cross-cultural Diagnosis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(3), 598–604. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.09.014>

- Gallardo-Peralta, L. P., Sánchez-Iglesias, I., Saiz Galdós, J., Barrón López de Roda, A., & Sánchez-Moreno, E. (2021). Validación del Cuestionario de Apoyo Social Percibido en una Muestra Multiétnica de Personas Mayores Chilenas. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 58(1). <https://doi.org/10.21865/RIDEP58.1.07>
- García-Blanco, M. (2007). La ansiedad en el personal sanitario. *Revista Científica e Informativa de La Asociación Española de Enfermería En Cardiología*, (2) 41–45.
- Goh, E. T., Denning, M., Purkayastha, S., & Kinross, J. (2021). 190 Determinants of Psychological Well-Being in Healthcare Workers During the Covid-19 Pandemic: A Multinational Cross-Sectional Study. *British Journal of Surgery*, 108(Supplement\_2). <https://doi.org/10.1093/bjs/znab134.043>
- Goldberg, D. (1978). Manual of the General Health Questionnaire. *Windsor (UK): National Foundation for Educational Research*. NFER-NELSON Publishers (pp. 8-12)
- Gómez-Martínez, S., Ballester-Arnal, R., Gil-Juliá, B., & Abizanda-Campos, R. (2015). Ansiedad, depresión y malestar emocional en los profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos. *Anales de Psicología*, 31(2), 743. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.158501>
- Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Guillen Riquelme, A. (2014). *Validación de la adaptación española del state-trait anxiety inventory en diferentes muestras españolas: Tesis Doctoral*. Universidad de Granada.
- Hederich-Martínez, C. (2016). Validación del cuestionario Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS). *Revista Científica CES Psicología*.
- Hofmann, S. G., & Gómez, A. F. (2017). Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 739–749. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.008>
- Houpy, J. C., Lee, W. W., Woodruff, J. N., & Pincavage, A. T. (2017). Medical student resilience and stressful clinical events during clinical training. *Medical Education Online*, 22(1), 1320187. <https://doi.org/10.1080/10872981.2017.1320187>
- Howard, R., Kirkley, C., & Baylis, N. (2019). Personal resilience in psychiatrists: systematic review. *BJPsych Bulletin*, 43(5), 209–215. <https://doi.org/10.1192/bjb.2019.12>
- Hu, D., Kong, Y., Li, W., Han, Q., Zhang, X., Zhu, L. X., Wan, S. W., Liu, Z., Shen, Q., Yang, J., He, H.-G., & Zhu, J. (2020). Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *EClinicalMedicine*, 24, 100424. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100424>

- Joseph, S., & Linley, P. A. (Eds.). (2008). *Trauma, Recovery, and Growth*. Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118269718>
- Kamali, M., Azizi, M., Moosazadeh, M., Mehravaran, H., Ghasemian, R., Reskati, M. H., & Elyasi, F. (2022). Occupational burnout in Iranian health care workers during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*, *22*(1), 365. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04014-x>
- Kapetanios, K., Mazeri, S., Constantinou, D., Vavlitou, A., Karaiskakis, M., Kourouzidou, D., Nikolaides, C., Savvidou, N., Katsouris, S., & Koliou, M. (2021). Exploring the factors associated with the mental health of frontline healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Cyprus. *PLOS ONE*, *16*(10), e0258475. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258475>
- Karalis, N., & Sirota, A. (2022). Breathing coordinates cortico-hippocampal dynamics in mice during offline states. *Nature Communications*, *13*(1), 467. <https://doi.org/10.1038/s41467-022-28090-5>
- Khalid, I., Khalid, T. J., Qabajah, M. R., Barnard, A. G., & Qushmaq, I. A. (2016). Healthcare Workers Emotions, Perceived Stressors and Coping Strategies During a MERS-CoV Outbreak. *Clinical Medicine & Research*, *14*(1), 7–14. <https://doi.org/10.3121/cmr.2016.1303>
- Khan, N., Palepu, A., Dodek, P., Salmon, A., Leitch, H., Ruzycki, S., Townson, A., & Lacaille, D. (2021). Cross-sectional survey on physician burnout during the COVID-19 pandemic in Vancouver, Canada: the role of gender, ethnicity and sexual orientation. *BMJ Open*, *11*(5), e050380. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050380>
- Kivimäki, M., & Steptoe, A. (2018). Effects of stress on the development and progression of cardiovascular disease. *Nature Reviews Cardiology*, *15*(4), 215–229. <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2017.189>
- Koh, D., Lim, M. K., Chia, S. E., Ko, S. M., Qian, F., Ng, V., Tan, B. H., Wong, K. S., Chew, W. M., Tang, H. K., Ng, W., Muttakin, Z., Emmanuel, S., Fong, N. P., Koh, G., Kwa, C. T., Tan, K. B.-C., & Fones, C. (2005). Risk Perception and Impact of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) on Work and Personal Lives of Healthcare Workers in Singapore. *Medical Care*, *43*(7), 676–682. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000167181.36730.cc>
- Lasalvia, A., Bordini, L., Amaddeo, F., Porru, S., Carta, A., Poli, R., & Bonetto, C. (2021). The Sustained Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers One Year after the Outbreak—A Repeated Cross-Sectional Survey in a Tertiary Hospital of North-East Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(24), 13374. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413374>
- Lee, S. M., Kang, W. S., Cho, A.-R., Kim, T., & Park, J. K. (2018). Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Comprehensive Psychiatry*, *87*, 123–127. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.10.003>

- Lerma, V. L. , R. G. V. (2010). Prevalencia de ansiedad y depresión en enfermería a cargo del paciente crónico hospitalizado. *Conamed*, 14, 5–10.
- Levin, P. J., Gebbie, E. N., & Qureshi, K. (2007). Can the Health-Care System Meet the Challenge of Pandemic Flu? Planning, Ethical, and Workforce Considerations. *Public Health Reports*, 122(5), 573–578. <https://doi.org/10.1177/003335490712200503>
- Li, G., Miao, J., Wang, H., Xu, S., Sun, W., Fan, Y., Zhang, C., Zhu, S., Zhu, Z., & Wang, W. (2020). Psychological impact on women health workers involved in COVID-19 outbreak in Wuhan: a cross-sectional study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 91(8), 895–897. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2020-323134>
- Li, P., Li, S.-B., Wang, X., Phillips, C. D., Schwarz, L. A., Luo, L., de Lecea, L., & Krasnow, M. A. (2020). Brain Circuit of Claustrophobia-like Behavior in Mice Identified by Upstream Tracing of Sighing. *Cell Reports*, 31(11), 107779. <https://doi.org/10.1016/j.celrep.2020.107779>
- Lindley, D. V. (2006). *Understanding Uncertainty*. Wiley Interscience ed. ISBN-13: 978-0-470-04383-7
- Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., Wu, L., Sun, Z., Zhou, Y., Wang, Y., & Liu, W. (2020). Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Research*, 287, 112921. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112921>
- Lobo A, Ezquerro J, Gómez F, Sala JM, & Seva A. (1979). El Mini Examen Cognoscitivo: un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*, 3, 189–202.
- Londoño, N. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de Coping. *Univ. Psychol. Bogotá*, 327–349.
- López López, C., Freijeiro Llorca, A., & Arbesú Fernández, M. E. (2023). Evolución del estigma hacia salud mental en especialistas sanitarios en formación en Asturias. *Enfermería Global*, 22(1), 105–133. <https://doi.org/10.6018/eglobal.525701>
- Maslach, C. (1986). Maslach Burnout Inventory. *Palo Alto: Consulting Psychologists Press*, 2<sup>nd</sup> ed.
- Maslach C. (1997). The Maslach Burnout Inventory Manual. In *Evaluating Stress: A Book of Resources* (Vol. 3, pp. 191–218).
- Masten, A. S. (2018). Resilience Theory and Research on Children and Families: Past, Present, and Promise. *Journal of Family Theory & Review*, 10(1), 12–31. <https://doi.org/10.1111/jftr.12255>
- McEwen, B. S., & McEwen, C. A. (2016). Response to Jerome Kagan's Essay on Stress. *Perspectives on Psychological Science*, 11(4), 451–455. <https://doi.org/10.1177/1745691616646635>

- Navarro-Cremades, F., Hernández-Serrano, R., & Rodríguez-Marín, J. (2014). XVI World Congress of Psychiatry. Madrid (Spain). *PTSD and Sexual Violence*.
- O'Connor, D. B., Ferguson, E., Green, J. A., O'Carroll, R. E., & O'Connor, R. C. (2016). Cortisol levels and suicidal behavior: A meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, *63*, 370–379. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.10.011>
- O'Connor, D. B., Gartland, N., & O'Connor, R. C. (2020). *Stress, cortisol and suicide risk* (pp. 101–130). <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2019.11.006>
- O'Connor, D. B., Thayer, J. F., & Vedhara, K. (2021). Stress and Health: A Review of Psychobiological Processes. *Annual Review of Psychology*, *72*(1), 663–688. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-062520-122331>
- O'Leary, V. E., & Ickovics, J. R. (1995). Resilience and thriving in response to challenge: an opportunity for a paradigm shift in women's health. *Women's Health (Hillsdale, N.J.)*, *1*(2), 121–142.
- Pappa, S., Athanasiou, N., Sakkas, N., Patrinos, S., Sakka, E., Barmparessou, Z., Tsikrika, S., Adraktas, A., Pataka, A., Migdalis, I., Gida, S., & Katsaounou, P. (2021). From Recession to Depression? Prevalence and Correlates of Depression, Anxiety, Traumatic Stress and Burnout in Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic in Greece: A Multi-Center, Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(5), 2390. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052390>
- Park, J.-S., Lee, E.-H., Park, N.-R., & Choi, Y. H. (2018). Mental Health of Nurses Working at a Government-designated Hospital During a MERS-CoV Outbreak: A Cross-sectional Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, *32*(1), 2–6. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.09.006>
- Pérez Tojar, B. (2017). *Validación de la escala PANAS de afecto positivo y negativo en población clínica española: Trabajo Fin de Grado (Grado en Psicología, curso 2016-2017)*. Repositorio Universitat Jaume I, código: PS1048
- Procidano, M. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*.
- Quintana, G. R., Ponce, F. P., Escudero-Pastén, J. I., Santibáñez-Palma, J. F., Nagy, L., Koós, M., Kraus, S. W., Demetrovics, Z., Potenza, M. N., Ballester-Arnal, R., Batthyány, D., Bergeron, S., Billieux, J., Briken, P., Burkauskas, J., Cárdenas-López, G., Carvalho, J., Castro-Calvo, J., Chen, L., ... Bóthe, B. (2024). Cross-cultural validation and measurement invariance of anxiety and depression symptoms: A study of the Brief Symptom Inventory (BSI) in 42 countries. *Journal of Affective Disorders*, *350*, 991–1006. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.127>

- Rankin, K., & Sweeny, K. (2022). Preparing Silver Linings for a Cloudy Day: The Consequences of Preemptive Benefit Finding. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 48(8), 1255–1268. <https://doi.org/10.1177/01461672211037863>
- Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86–93.
- Rimmer, A. (2020). How can I break bad news remotely? *BMJ*, m1876. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1876>
- Ríos, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
- Robert, R., Kentish-Barnes, N., Boyer, A., Laurent, A., Azoulay, E., & Reignier, J. (2020). Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic. *Annals of Intensive Care*, 10(1), 84. <https://doi.org/10.1186/s13613-020-00702-7>
- Rodríguez-Marín, J., Sitges Maciá, E., Tirado González, S., & Navarro Cremades, F. (2004). ¿Es posible tener emociones positivas tras un acontecimiento estresante? *Motivos, emociones y procesos representacionales: de la teoría a la práctica* (pp. 217–226).
- Rogers, C. R. (1959). A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships: As Developed in the Client-Centered Framework. *Psychology: A Study of a Science. Formulations of the Person and the Social Context*, 3, 184–256.
- Sacco, P., Bucholz, K. K., & Harrington, D. (2014). Gender Differences in Stressful Life Events, Social Support, Perceived Stress, and Alcohol Use Among Older Adults: Results From a National Survey. *Substance Use & Misuse*, 49(4), 456–465. <https://doi.org/10.3109/10826084.2013.846379>
- Samir AlKudsi, Z., Hany Kamel, N., El-Awaisi, A., Shraim, M., & Saffouh El Hajj, M. (2022). Mental health, burnout and resilience in community pharmacists during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 30(7), 1009–1017. <https://doi.org/10.1016/j.jsps.2022.04.015>
- Shah, E. D., Pourmorteza, M., Elmunzer, B. J., Ballou, S. K., Papachristou, G. I., Lara, L. F., Okafor, U., Pfeil, S. A., Conwell, D. L., & Krishna, S. G. (2021). Psychological Health Among Gastroenterologists During the COVID-19 Pandemic: A National Survey. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 19(4), 836-838.e3. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2020.11.043>
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705–714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B)
- Sim, F. (2011). *Issues in public health* (2nd ed.). McGraw-Hill Education.
- Sim, K. (2004). The psychological impact of SARS: a matter of heart and mind. *Canadian Medical Association Journal*, 170(5), 811–812. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1032003>

- Smallwood, N., Karimi, L., Bismark, M., Putland, M., Johnson, D., Dharmage, S. C., Barson, E., Atkin, N., Long, C., Ng, I., Holland, A., Munro, J. E., Thevarajan, I., Moore, C., McGillion, A., Sandford, D., & Willis, K. (2021). High levels of psychosocial distress among Australian frontline healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey. *General Psychiatry*, 34(5), e100577. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2021-100577>
- Snyder-Mackler, N., Sanz, J., Kohn, J. N., Brinkworth, J. F., Morrow, S., Shaver, A. O., Grenier, J.-C., Pique-Regi, R., Johnson, Z. P., Wilson, M. E., Barreiro, L. B., & Tung, J. (2016). Social status alters immune regulation and response to infection in macaques. *Science*, 354(6315), 1041–1045. <https://doi.org/10.1126/science.aah3580>
- Spielberger, D. (2008). *Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER)* (TEA Ediciones, Ed.).
- Spielberger, G. L., Gorsuch, Lushene, & Vagg, & J. (1983). State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *State-Trait Anxiety Inventory: Bibliography (2nd Ed.)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stamm, B. H. (2010). *The concise ProQoL manual*, ID: ProQOL.org.
- Stocchetti, N., Segre, G., Zanier, E. R., Zanetti, M., Campi, R., Scarpellini, F., Clavenna, A., & Bonati, M. (2021). Burnout in Intensive Care Unit Workers during the Second Wave of the COVID-19 Pandemic: A Single Center Cross-Sectional Italian Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 6102. <https://doi.org/10.3390/ijerph18116102>
- Tang, W., Hu, T., Hu, B., Jin, C., Wang, G., Xie, C., Chen, S., & Xu, J. (2020). Prevalence and correlates of PTSD and depressive symptoms one month after the outbreak of the COVID-19 epidemic in a sample of home-quarantined Chinese university students. *Journal of Affective Disorders*, 274, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.009>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471. <https://doi.org/10.1007/BF02103658>
- Tedstone, J. E., & Tarrier, N. (2003). Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment. *Clinical Psychology Review*, 23(3), 409–448. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(03\)00031-X](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(03)00031-X)
- Troy, A. S., Willroth, E. C., Shallcross, A. J., Giuliani, N. R., Gross, J. J., & Mauss, I. B. (2023). Psychological Resilience: An Affect-Regulation Framework. *Annual Review of Psychology*, 74(1), 547–576. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-020122-041854>
- van Agteren, J., Iasiello, M., & Lo, L. (2018). Improving the wellbeing and resilience of health services staff via psychological skills training. *BMC Research Notes*, 11(1), 924. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-4034-x>

- Vancappel, A., Jansen, E., Ouhmad, N., Desmidt, T., Etain, B., Bergey, C., d'Ussel, M., Krebs, M.-O., Paquet, C., Réveillère, C., Hingray, C., & El-Hage, W. (2021). Psychological Impact of Exposure to the COVID-19 Sanitary Crisis on French Healthcare Workers: Risk Factors and Coping Strategies. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.701127>
- Verma, S., Mythily, S., Chan, Y. H., Deslypere, J. P., Teo, E. K., & Chong, S. A. (2004). Post-SARS psychological morbidity and stigma among general practitioners and traditional Chinese medicine practitioners in Singapore. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 33(6), 743–748.
- Warr, P. B., Cook, J. D., & Wall, T. D. (1979). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology*, 52(2), 129–148.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- WHO. (2024). *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*. World Health Organization, ISBN: 9789240077263
- WHO. (2024). *Disease Outbreak News*. ID: <https://who.int>
- Wylie, K. R., Sathyanarayana Rao, T. S., Tandon, A., Manohar, S., Pacheco Palha, A., Navarro-Cremades, F., Hernández-Serrano, R., Bianco Colmenares, F., & Montejo, A. L. (2019). Mental Health and Sexual Medicine: An Update. In *Advances in Psychiatry* (pp. 347–371). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-70554-5\\_21](https://doi.org/10.1007/978-3-319-70554-5_21)
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical Science Monitor*, 26. <https://doi.org/10.12659/MSM.923549>
- Youssfi, I. M. N. (2021). Perception of mental health and professional quality of life in Tunisian doctors during the COVID-19 pandemic: a descriptive cross-sectional study. *PanAfrican Medical Journal*. <https://doi.org/10.11604/pamj.2021.40.139.30358>
- Yu, B., Barnett, D., Menon, V., Rabiee, L., De Castro, Y. S., Kasubhai, M., & Watkins, E. (2022). Healthcare worker trauma and related mental health outcomes during the COVID-19 outbreak in New York City. *PLOS ONE*, 17(4), e0267315. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267315>