



UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA LA ANTIGUA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**IMPACTO PSICOLÓGICO EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y
TÉCNICOS DE LA SALUD DE PANAMÁ POR LA PANDEMIA DE
COVID-19**

Tesis Doctoral para optar por el Título de Doctor en Psicología Clínica

PRESENTADO POR:
ANA KARINA BACIL DE LAS CASAS
PE-10-2137

DIRECTOR DE TESIS: DR. GUILLERMO GARRIDO
ASESORA DE TESIS: DRA. DIANA OVIEDO

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ, 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA LA ANTIGUA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**IMPACTO PSICOLÓGICO EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y
TÉCNICOS DE LA SALUD DE PANAMÁ POR LA PANDEMIA DE
COVID-19**

Tesis Doctoral para optar por el Título de Doctor en Psicología Clínica

PRESENTADO POR:

ANA KARINA BACIL DE LAS CASAS

PE-10-2137

JURADO EVALUADOR

Dr. Guillermo Garrido	Ponente	Firma _____
Dra. Larissa Faundes	Jurado 1	Firma _____
Dr. Abdel Solís R.	Jurado 2	Firma _____

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ, 2024

DEDICATORIA

Dedico esta investigación doctoral a todo el personal de salud de Panamá, en reconocimiento a su trabajo para contener la pandemia de COVID-19. Cada uno, desde su especialización y lugar de trabajo, realizó un aporte invaluable.

AGRADECIMIENTOS

Mi más sincero y profundo agradecimiento a las 124 personas que participaron de esta investigación; a pesar del cansancio y los desafíos que atravesaban en ese momento de su vida por su rol como personal sanitario en la pandemia, encontraron un espacio y tiempo para completar los cuestionarios de este estudio. Veinticinco de ellos, profundizaron aún más al contarme su historia mediante una entrevista cargada de sinceridad y afecto.

A mis padres, Antonio y Jenny, por su amor incondicional y enseñarme con sus ejemplos la importancia del trabajo, la perseverancia y la humildad.

A mi esposo, Reynaldo, gracias por su compañía y apoyo durante trece años de crecimiento profesional mientras cursaba el Doctorado en Psicología Clínica; periodo caracterizado por largas jornadas de estudio y preparación, entre seminarios, atención de casos, supervisiones y horas de análisis personal.

A mis hijos, Juan Ignacio y Rafael, gracias por llegar a nuestras vidas. Sus abrazos, su alegría, su paciencia y su permanente curiosidad y ganas de aprender son un tesoro para mí.

Al Dr. Guillermo Garrido por acompañarme en la elección del material teórico, escuchar y discutir conmigo cada una de las entrevistas realizadas, compartir su conocimiento teórico y clínico para ayudarme a profundizar en el análisis del material y animarme a continuar en cada etapa del trabajo.

A la Dra. Diana Oviedo, por inspirarme y ayudarme a encontrar un modelo metodológico posible para llevar a cabo esta investigación, contestando cada una de mis dudas, que fueron muchas y supervisando su desarrollo.

A Ana Cristina García de Paredes, por su valiosa ayuda en la transcripción de las entrevistas, salvaguardando la riqueza del material y el anonimato de cada una.

A Rubén Díaz, por toda la dedicación, esfuerzo y rigurosidad al llevar a cabo los análisis estadísticos.

A Sergio González, por aceptar acompañarme en la discusión de ideas y participar de la revisión bibliográfica que llevó al desarrollo del protocolo de esta investigación.

A mis profesores Dr. Ramón Mon y Dra. Melva de Mon, por las valiosas enseñanzas transmitidas en sus clases y el apoyo desde el inicio de mi licenciatura en Psicología en la USMA, pasando por su visita en Buenos Aires mientras estudiaba mi especialización y, ahora, por animarme a culminar el proceso.

A los administrativos, al personal de salud, colegas y todas aquellas personas, quienes desinteresadamente apoyaron en la difusión del enlace de esta investigación, desde sus lugares de trabajo, cuentas personales, grupos de chat y redes sociales.

A mis colegas y amigos que con mensajes esporádicos durante cuatro años me preguntaban por el desarrollo de la tesis y me alentaban a continuar.

RESUMEN

La pandemia por COVID-19 ha generado retos sin precedentes para los sistemas de salud pública. La evidencia señala que, ante un virus nuevo y altamente contagioso, es común sentir miedo e incertidumbre. Sumado a ello tener que realizar jornadas laborales extensas, estar continuamente expuesto al virus y no contar con insumos de protección adecuados, son algunos de los estresores que aumentan el riesgo en el personal de salud a presentar desgaste físico y psicológico. La presente investigación tuvo como objetivo describir el impacto psicológico de la pandemia por COVID-19 en personal sanitario no médico (enfermeros y técnicos) de Panamá. Para la realización de este estudio se contó con la aprobación del Comité Nacional de Bioética de la Investigación de Panamá (CNBI EC-CNBI-2020-08-87).

Para dar respuesta al fenómeno de estudio se definió un diseño de investigación mixto. Una muestra de 124 trabajadores de salud contestó una batería de cuestionarios de autorreporte para medir datos sociodemográficos, características laborales, estrategias de afrontamiento (COPE-28), distrés peritraumático debido a COVID (CPDI), insomnio (Escala de Atenas) y sintomatología ansiosa, depresiva y por estrés (DASS-21). En una segunda etapa, 25 personas de la muestra participaron de una entrevista semi estructurada.

Resultados: Se analizaron los datos mediante técnicas de regresión múltiple multivariada. El 32% de los participantes obtuvieron puntuaciones relacionadas a distrés peritraumático por COVID y sólo 8.9% presentó un nivel de distrés severo. Se evidenció que el distrés relacionado a COVID-19 incrementa la sintomatología por estrés, depresión, ansiedad e insomnio. El 58.9% de la muestra reportó síntomas de insomnio, 20.2% de ansiedad de moderado a extremadamente severo; 11.2% estrés de moderado a extremadamente severo y 10.4% de depresión de moderado a extremadamente severo. Ser joven aparece como un predictor significativo del distrés por COVID, el insomnio y el estrés. Un mayor uso de estrategias de

afrontamiento focalizadas en la evitación se relaciona con aumentos en los indicadores de impacto psicológico.

Por su parte, los datos cualitativos aportaron diferentes zonas de sentido que exploran los cambios en torno a la identidad laboral del personal sanitario, su vida familiar y los duelos que transitan. Se constató la presencia del miedo a la muerte (propia y de otros) asociada al temor al contagio y experiencias de estigmatización, vivenciada en la exclusión de espacios públicos y el rechazo social. Se describe la vivencia de la traumatización vicaria manifestada por la exposición al COVID-19 y expresada en síntomas ansiosos, depresivos, cambios en los patrones de sueño, mecanismos de supresión de necesidades básicas y accidentes somáticos. El personal de salud reportó un impacto negativo en su economía personal.

Conclusión: Los hallazgos de esta investigación corroboran los resultados de otros estudios sobre las afectaciones en la salud mental de los trabajadores sanitarios durante la pandemia por COVID-19; situación que demanda la importancia de generar espacios de apoyo psicológico en su labor cotidiana y ante la presencia de una crisis sanitaria mundial.

Palabras claves: Salud mental, personal sanitario de primera línea, estrés peritraumático por COVID, estigmatización, estrategias de afrontamiento.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has generated unprecedented challenges for public health systems. Evidence indicates that, faced with a new and highly contagious virus, it is common to feel fear and uncertainty. Added to this, having to work long hours, being continually exposed to the virus, and not having adequate protective equipment supplies, are some of the stressors investigated that increase the risk of health personnel experiencing physical and psychological distress. The objective of this thesis was to describe the psychological impact of the COVID-19 pandemic on non-medical health personnel (nurses and technicians) in Panamá. To carry out this study, approval was obtained from the National Research Bioethics Committee of Panamá (CNBI EC-CNBI-2020-08-87).

A mixed research design was defined. A sample of 124 health workers (non-doctors) answered a battery of self-report questionnaires to measure sociodemographic data, work characteristics, coping strategies (COPE-28), stress due to COVID (CPDI), insomnia (Athens Scale) and anxious, depressive and stress symptoms (DASS-21). In a second qualitative stage, 25 people from the sample participated in a semi-structured interview.

Results: The data was analyzed using multivariate multiple regression techniques. 32% of the participants obtained scores related to peritraumatic distress due to COVID-19 and only 8.9% presented a level of severe distress. It was evident that distress related to COVID-19 increases symptoms of stress, depression, anxiety and insomnia. 58.9% of the sample reported symptoms of insomnia, 20.2% of moderate to extremely severe anxiety; 11.2% moderate to extremely severe stress and 10.4% moderate to extremely severe depression. Being young is a significant predictor of COVID-19 distress, insomnia and stress. Greater use of coping strategies focused on avoidance is related to increases in psychological impact indicators.

Regarding the qualitative data provided different themes that explored the changes around work identity of healthcare personnel, their family life, and the grief they went through. The presence of fear of death (one's own and that of others) was confirmed, associated with the fear of contagion and experiences of stigmatization, experienced in exclusion from public spaces and social rejection. The experience of vicarious traumatization manifested by exposure to COVID-19 and expressed in anxious and depressive symptoms, changes in sleep patterns, mechanisms of suppression of basic needs and somatic accidents was described. Health personnel reported a negative impact on their personal finances.

Conclusion: The findings of this research corroborate the results of other studies on the effects on the mental health of health workers during the COVID-19 Pandemic; situation that demands the importance of generating spaces for psychological support in their daily work and in the presence of a global health crisis.

Keywords: Mental health, frontline personnel, peritraumatic distress due to COVID-19, stigma, coping strategies.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	viii
LISTA DE TABLAS	xv
LISTA DE FIGURAS	xvi

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema	24
1.1.1 Antecedentes y situación actual	24
1.1.2 Formulación de la pregunta de investigación	33
1.1.3 Objetivos	33
1.1.3.1 Objetivo general	33
1.1.3.2 Objetivos específicos	33
1.1.4 Hipótesis	34
1.2 Justificación	35

CAPÍTULO 2: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 Pandemia y personal de salud	39
2.1.1 Pandemias en la historia	39
2.1.2 Personal de salud en pandemia: rol e identidad	43
2.1.3 Vivencias del personal de salud en pandemia: estigmatización, traumatización y temor a la muerte	49
2.1.3.1. Estigmatización: A propósito del chivo expiatorio, la infodemia y los héroes.	49
2.1.3.2. Traumatización vicaria	56

2.1.3.3 Temor a la muerte	61
2.2. COVID-19 e impacto psicológico	65
2.2.1. ¿Qué implica el impacto psicológico?	65
2.2.2. Depresión	67
2.2.3. Ansiedad	72
2.2.4. Estrés	77
2.2.5. Insomnio	80
2.3. Distrés peritraumático relacionado al COVID-19	83
2.4. Estrategias de afrontamiento	86
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA	
3.Diseño de investigación y tipo de estudio	91
3.1 Rama cuantitativa.	92
3.1.1 Población y muestra	92
3.1.2 Variables cuantitativas de estudio	93
3.1.3 Instrumentos de recolección de datos cuantitativos	97
3.1.3.1. Cuestionario de características sociodemográficas y laborales	97
3.1.3.2. Índice de Distrés Peri-traumático relacionado a COVID-19 [CPDI]	98
3.1.3.3. Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés [DASS-21]	99
3.1.3.4. Escala de Insomnio de Atenas [IAS]	100
3.1.3.5. Escala COPE 28	101
3.1.4 Procedimiento	103
3.1.5 Técnicas de Análisis de la Información	106

3.2 Rama cualitativa	108
3.2.1 Población y muestra	108
3.2.2 Instrumento y variable de estudio	109
3.2.2.1. Estigmatización	109
3.2.2.2. Miedo a la muerte	110
3.2.2.3. Traumatización vicaria	110
3.2.2.4. Identidad laboral	110
3.2.3 Procedimiento	111
3.2.4. Técnicas de Análisis de la Información	111
3.3 Integración	112
3.4 Consideraciones éticas	113

CAPÍTULO 4: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Resultados cuantitativos	116
4.1.1. Descripción de la muestra	116
4.1.2. Análisis descriptivo de las variables psicológicas	119
4.1.3. Evaluación de hipótesis	126
4.1.4. Exploración de datos	134
4.1.4.1. Redes moderadas	134
4.1.4.2. Análisis de perfiles latentes	143
4.2. Resultados cualitativos	147
4.2.1 Identidad laboral	149
4.2.1.1 Cambios temporales o permanentes	149
4.2.1.2 Relación entre el personal de salud	154
4.2.1.3 Relación con los pacientes	156
4.2.1.4 Relación con los jefes	158
4.2.1.5 Valoración de la carrera	160

4.2.1.6 Estigmatización	165
4.2.1.7 Campaña “Héroes”	166
 4.2.2 Miedo a la muerte	169
4.2.2.1 A la muerte	169
4.2.2.2 Al contagio	170
4.2.2.3 Como protector	172
 4.2.3 Traumatización vicaria	174
4.2.3.1 Síntomas ansiosos	174
4.2.3.2 Síntomas depresivos	176
4.2.3.3. Accidentes somáticos	177
4.2.3.4 Mecanismos de supresión (no comer/ no beber)	178
4.2.3.5 Cambio en los patrones de sueño	179
4.2.3.6 Burnout	180
 4.2.4 Vida Familiar	182
4.2.4.1 Separaciones	182
4.2.4.2 Comunicación	184
4.2.4.3 Rechazo intrafamiliar	184
4.2.4.4 Cambios en el hogar	186
4.2.5 Impacto Económico	188
4.2.5.1 Gastos en la compra de insumos	188
4.2.5.2. Ser el único activo laboralmente	189
4.2.6 Duelos	190
 4.3. Análisis de resultados cuantitativos y cualitativos	193
 4.4 Limitaciones y fortalezas del estudio	205
4.4.1 Limitaciones	205
4.4.2 Fortalezas	206

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones	209
5.2 Aportes	213
5.3 Recomendaciones	215
5.3.1 Recomendaciones generales	215
5.3.2 Recomendaciones específicas	217
5.4. Revisión de modelos de intervención en salud mental	218
5.5 Futuras líneas de investigación	222

BIBLIOGRAFÍA

APÉNDICES - ANEXOS

1. CERTIFICADO DEL CURSO DE BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS
2. CARTA DE APROBACIÓN DEL ESTUDIO POR EL CNBI
3. CORRESPONDENCIA - ACUERDO DEL USO DE ESCALA CPDI POR AUTORES
4. CORRESPONDENCIA CON ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERAS DE PANAMÁ
5. ARTE DE AFICHE DE PARTICIPACIÓN
6. CONSENTIMIENTO INFORMADO
7. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO
8. ESCALAS USADAS (CPDI, DAS, AFRONTAMIENTO, INSOMNIO)
9. POSTER DE PARTICIPACIÓN APANAC
10. EVALUACIÓN ANTIPLAGIO DEL DOCUMENTO
11. CERTIFICADO DE REVISIÓN POR PROF. DE ESPAÑOL

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Definiciones conceptuales y operacionales de las variables cuantitativas	94
Tabla 2. Puntos de corte para el CPDI	99
Tabla 3. Puntos de corte para las subescalas de la prueba DASS-21	100
Tabla 4. Datos demográficos, laborales y sintomatología clínica entre el personal de primera línea y segunda línea de atención	117
Tabla 5. Parámetros del modelo inicial	130
Tabla 6. Parámetros del modelo optimizado	133
Tabla 7. Tres mejores modelos de perfil latente según BIC e ICL	144
Tabla 8. Temas y zonas de sentido surgidos de la relación del marco conceptual y el discurso	147
Tabla 9. Nuevas zonas de sentido surgidos del análisis del discurso	181

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Histograma de puntuaciones en la prueba CPDI	120
Figura 2. Histograma de puntuaciones en la subescala Depresión de la prueba DASS-21	121
Figura 3. Histograma de puntuaciones en la subescala Ansiedad de la prueba DASS-21	122
Figura 4. Histograma de puntuaciones en la subescala Estrés de la prueba DASS-21.	123
Figura 5. Histograma de puntuaciones en la prueba IAS	124
Figura 6. Mediana de puntuaciones en las subescalas de la prueba COPE-28	125
Figura 7. Relaciones hipotetizadas	126
Figura 8. Análisis de redes moderadas	136
Figura 9. Red condicionada por participación en primera línea	140
Figura 10. Red condicionada por ser el único activo laboralmente	142
Figura 11. Media de perfiles latentes	146

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

El 30 de enero de 2020, Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la Organización Mundial de la Salud [OMS] declaró estado de emergencia sanitaria internacional por la rápida propagación de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), causada por un virus nuevo denominado SARSCoV-2 (OMS, 2020). Este virus se asoció con un primer brote epidémico en diciembre de 2019, en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China. La alerta se emitió basándose en el impacto que el virus podría tener en países subdesarrollados con menos infraestructuras sanitarias. Al momento de declarar el estado de emergencia, el número total de casos confirmados en todo el mundo ascendían a 7,818, del cual 7,736 se concentraban en China. Sin embargo, en pocas semanas, ante los altos índices de propagación y gravedad, la OMS declaró el 11 de marzo de 2020 un estado de pandemia (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

En la República de Panamá, en enero de 2020, distintos organismos iniciaron una tarea conjunta para preparar las estrategias que se adoptarían ante la llegada del virus SARSCoV-2. El Decreto Ejecutivo N°64 (2020), comunicaba que:

El Ministerio de Salud establecerá todas las medidas ordinarias y extraordinarias que considere necesaria en razón de prevenir y controlar el riesgo proveniente del Brote del Nuevo Coronavirus (2019 -nCoV), y en caso de su entrada al país, poder contener y mitigar el daño, garantizando la salud de la población (Art. 2).

Se instaló una Comisión Técnica de Salud, quienes en colaboración con el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud [ICGES] y la Organización Panamericana de la Salud [OPS] publicaron el *Plan Operativo Nacional del Sistema de Salud para la Prevención y Control del nuevo Coronavirus (2019nCoV)* para sistematizar las acciones de respuesta integral correspondiente (OPS, 2020). Por otro lado, el Ministerio de Salud [MINSA] reportó el primer sujeto positivo a COVID-19 el 9 de marzo y cuatro días después se estableció un estado de emergencia en el país; conforme la Resolución de Gabinete N° 11 (2020). Un estado de emergencia o estado de urgencia, como contempla la Constitución Política de la República de Panamá (1972), en su artículo 55, se declara de forma temporal ante un evento que amenace la paz y el orden público.

De acuerdo a Crespo y Beck (2020):

La finalidad del estado de emergencia es lograr la estabilidad del Estado y la protección de los individuos, ante una amenaza existente e inminente. El medio para ello es el otorgamiento de facultades extraordinarias al Órgano Ejecutivo, que no son aplicables en situaciones de normalidad. El efecto del estado de emergencia es la suspensión de garantías fundamentales, y el procedimiento para producir dicho efecto es el establecido en el Art. 55 (p.51).

Al estar suspendidas las garantías fundamentales, el Estado pudo establecer medidas de contención que cambiaría en pocos días la forma como cada persona en

el territorio nacional vivía su rutina diaria; ya que éstas transformaron el modo de funcionamiento de las actividades comerciales, económicas, educativas, recreativas, políticas, turísticas, el acceso al transporte y a los servicios de salud. Múltiples decretos ratificaron las medidas adoptadas por Panamá ante la emergencia del COVID-19. Cada una en sí misma podía variar semana a semana, manteniendo a la población en un estado de alerta e incertidumbre constante frente a las comunicaciones realizadas a diario en cadena nacional por los medios de comunicación.

En Panamá, el periodo entre marzo y diciembre de 2020, se caracteriza por el aislamiento social, como consecuencia de la suspensión de clases presenciales, el cierre temporal de locales o lugares de esparcimiento y deportivos, las limitaciones en el uso de área comunes de edificios y casas, la cuarentena, la suspensión laboral, el toque de queda, los cercos sanitarios y la restricción de movilidad entre provincias. Salir de casa estuvo condicionado a un horario específico de acuerdo con el género y número de documento de identidad personal, así como a la profesión de cada ciudadano, garantizado por un salvoconducto (Morales, 2022).

Las restricciones más la incertidumbre a la que estaban sujetas las personas, pueden hacerlas percibir que su integridad psicológica o física están en riesgo. Al mismo tiempo pueden sentirse incapaces de afrontar la situación, porque no forma parte de sus experiencias habituales, es un evento novedoso, que tiene

consecuencias de malestar intenso. En este sentido, la intensidad del suceso y la falta de respuestas adecuadas de afrontamiento frente a lo desconocido e inhabitual explican el impacto psicológico que causa el acontecimiento (Echerburúa et al., 2004, citado en De la Rosa Gómez y López, 2016).

Ante un virus nuevo y altamente contagioso es común sentir miedo e incertidumbre, pero sumado a ello tener que realizar jornadas laborales extensas, no contar con insumos de protección adecuados o estar en cuarentena por exposición al virus, son algunos de los estresores investigados que aumentan el riesgo en el personal de salud a presentar desgaste físico y psicológico (Brooks et al., 2020). Los datos publicados en las investigaciones realizadas a partir de febrero de 2020 en China, Italia y España evidencian síntomas de estrés, ansiedad, depresión e insomnio (Lai et al., 2020; Santamaría et al., 2020; Rossi et al., 2020).

Distintos estudios han evidenciado situaciones específicas que generan impacto psicológico en el personal de salud de primera línea (Valdés et al., 2020). Una de las principales situaciones que genera impacto es la carga laboral de atender a pacientes críticos con COVID-19, quienes desarrollan cuadros de insuficiencia respiratoria de manera muy rápida, por lo cual requieren una revaloración frecuente y monitoreo constante bajo pesados equipos de protección y meticulosos protocolos de bioseguridad, lo cual genera rápido desgaste del personal. Por otro lado, el personal de salud también experimenta temor a contraer la infección y/o de transmitirla a seres queridos. Esto se observa particularmente en la angustia del

personal de salud que es responsable de otras personas (Ej. madres cabeza de hogar, hijos únicos), respecto a quién respondería por sus seres queridos en caso de morir (Zhou et al., 2020).

A estos factores, se añade el factor económico que resultaría de períodos de incapacidad o cuarentenas preventivas tras exposición al virus, las cuales en algunos países no fueron debidamente aclaradas en el marco legal. La alta carga de pacientes fallecidos, en centros de atención que quedaron sobresaturados, generaron sentimientos de angustia ante la magnitud de la situación, o de alto impacto emocional al tener que tomar decisiones de gran valor ético sobre vidas humanas bajo condiciones extremas. Se incluye también el impacto y duelo del equipo en salud a cargo de colegas, amigos, docentes o maestros que se infectan o fallecen ante la enfermedad (Valdés et al., 2020)

Transcurridos meses de estudio y ensayos clínicos, en Estados Unidos, a mediados de diciembre del año 2020, la Administración de Alimentos y Medicamentos [FDA] autorizó el uso de emergencia de dos vacunas de ARNm contra la COVID-19: una del laboratorio de Pfizer-BioNTech y otra de la empresa de biotecnología Moderna, dando inicio a su campaña de vacunación. Sin embargo, Panamá recibió su primer lote de vacuna contra la COVID-19, con 12 mil 840 dosis, el 20 de enero de 2021.

En este contexto se planteó este estudio para describir el impacto psicológico en el personal de enfermería y técnicos de la salud de Panamá por la

pandemia COVID-19 durante el año 2020. Es este periodo de marzo a diciembre del año 2020 que delimita el trabajo de campo y las vivencias narradas por los participantes de esta investigación. Este fue un periodo altamente complejo y difícil para el personal sanitario por las altas tasas de contagio intrahospitalario, la ausencia de una vacuna disponible, las medidas de contingencia fluctuantes, ya mencionadas, por parte del Gobierno que transformaron el funcionamiento de distintos sectores de nuestra sociedad, entre éstos, el sector salud.

En la presente investigación se considera el impacto psicológico, en relación a los cambios en los afectos, comportamientos y pensamientos de las personas en respuesta a afrontar un evento estresor. Esta ha sido una enfermedad que ha generado retos a nivel global sin precedentes para los sistemas de salud pública. El impacto psicológico que ha provocado está asociado al concepto de trauma, el cual puede entenderse como una reacción psicológica consecuencia de un suceso estresante, que involucra la vivencia de un acontecimiento negativo, inesperado e incontrolable. Tal como puede comprenderse la experiencia de las personas expuestas directa o indirectamente al COVID-19 (De la Rosa Gómez y López, 2016).

Esta tesis doctoral está compuesta por cinco capítulos. En el primero se ha discutido el problema de investigación, dando una mirada a los antecedentes publicados en la literatura científica sobre el tema, definiendo la pregunta de investigación y los objetivos e hipótesis correspondientes y su justificación. El

segundo capítulo presenta el marco teórico el cual se ha construido mediante una revisión y síntesis bibliográfica exhaustiva permitiendo comprender las variables que componen este estudio. El tercer capítulo explica la metodología elegida para el desarrollo de esta investigación, pasando a un cuarto capítulo de presentación y análisis de los resultados cuantitativos y cualitativos. En el último capítulo se elaboran las conclusiones y recomendaciones sobre la base de los resultados obtenidos. Posteriormente se encuentra la bibliografía y los anexos; éste último apartado contiene los instrumentos utilizados en esta tesis, que puede ser de interés del lector.

1.1 Planteamiento del problema

1.1.1 Antecedentes y situación actual

Históricamente el sistema de salud público en Panamá no se había enfrentado a una emergencia sanitaria comparable a la generada por la Pandemia por COVID-19. El rol del personal sanitario quedó en la mirada de todos desde el inicio. Sobre ellos recayeron múltiples expectativas y a nivel colectivo pasaron a ser los nuevos héroes; pero en su labor cotidiana se les incrementó su carga laboral, su nivel de responsabilidad, fueron los más expuestos al contagio y depositarios del dolor y sufrimiento de los pacientes y sus familiares. Desde el punto de vista psicológico, Gutiérrez Alvarez et al. (2020), los consideran los más vulnerables.

António Guterres, Secretario General de las Naciones Unidas, identificó dentro del grupo de mayor riesgo a padecer sufrimiento psicológico a los trabajadores sanitarios de primera línea (Organización de las Naciones Unidas, 2020).

Existen investigaciones científicas asociadas a salud mental realizadas durante los brotes epidémicos anteriores, las cuales se toman de referencia para explicar el posible impacto psicológico del COVID-19 en la población (Gold, 2020). Como estresores para los trabajadores sanitarios se han identificado: sobrecarga de trabajo, instrucciones y medidas de seguridad estrictas, necesidad permanente de concentración y vigilancia, equipamientos de protección inadecuados, reducción del contacto social, realizar tareas para las que algunos no estaban capacitados, la transmisión nosocomial, la toma de decisiones éticas complejas, el aislamiento de su núcleo de amigos y familiar, el riesgo o infección de algún familiar o colega (Santamaría et al., 2020).

La presencia de varios estresores aumenta la vulnerabilidad de las personas de padecer ansiedad, depresión, insomnio y miedo (Pappa et al. 2020). Un metaanálisis (Brooks et al., 2020) señaló que aquellos trabajadores de salud que fueron colocados en cuarentena por tener contacto con pacientes con Síndrome Respiratorio Agudo Grave [SARS] tuvieron síntomas de estrés agudo, agotamiento, desapego de otros, ansiedad al tratar con pacientes febres, irritabilidad, insomnio, poca concentración e indecisión, deterioro del desempeño laboral y reticencia al trabajo o consideración de renuncia. Otro grupo de trabajadores de salud que

estuvieron en cuarentena reportaron estigmatización de sus vecinos. En este meta-análisis también se encontró que trabajadores de salud, presentaron en el período de post cuarentena síntomas de trastorno de estrés postraumático [TEPT], depresión y trastornos por uso de sustancias (Brooks et al., 2020).

Uno de los síntomas que puede predecir el TEPT es la angustia peritraumática (Vance et al., 2018 citado en Megalákaki, 2021). El malestar peritraumático, abarca reacciones físicas, cognitivas y emocionales, que se llevan a cabo durante un evento crítico e inmediatamente después (Brunet et al. 2001). La angustia peritraumática se ha asociado con otros cuadros clínicos distintos del trastorno de estrés postraumático, incluido el trastorno de estrés agudo, ansiedad, depresión, alteraciones del sueño, duelo traumático, trastornos alimentarios, dolor catastrófico y malestar psicológico (Vance et al., 2018; Megalákaki, 2021).

En el caso de la pandemia, el malestar peritraumático relacionado al COVID-19 (Pedraz et al., 2020) en el personal de salud, implica cambios relacionados al estado del ánimo, al comportamiento, las habilidades cognitivas, al ciclo sueño-vigilia y a diversos síntomas somáticos. A diferencia del TEPT, la angustia peritraumática no es un rasgo, sino más bien una condición que se espera que disminuya con el tiempo (Thomas et al., 2012; Megalákaki, 2021).

Las primeras investigaciones realizadas en distintos países a partir de la pandemia por COVID-19, evidencian el malestar psicológico en el personal de salud. Un estudio en China (Lai et al., 2020) identificó que, en una muestra de 1257

participantes, el 50.4% de la muestra reportó síntomas de depresión, 44.6% síntomas de ansiedad, 34.0% síntomas de insomnio, 71.5% síntomas de angustia. En Italia (Rossi et al., 2020), se encontró que, en una muestra de 1379 participantes del personal sanitario, el 49% de la muestra presentó trastorno de estrés post traumático, 24,7% síntomas de depresión, 19,8 % síntomas de ansiedad; 8,27% insomnio; 21.9%, estrés elevado. Mientras que en el País Vasco (Santamaría et al., 2020) reportaron para una muestra de 421 participantes del personal de salud, que el 46.7% indicaron sufrir estrés, 37.0% ansiedad, 27.4% depresión y 28.9% problemas de sueño.

El Laboratorio de Psicología del Trabajo y Estudios de Seguridad de la Universidad Complutense de Madrid lleva a cabo el Estudio Sani- Covid-19. Entre sus resultados preliminares informaron que el 53% de los sanitarios presentan síntomas compatibles con un posible trastorno de estrés postraumático, el 79.5% manifiestan síntomas de ansiedad, siendo compatibles con un trastorno de ansiedad severo 21.2% en esta población. Mientras que el 51.5% aporta datos que apuntan a un posible trastorno depresivo. A pesar de que el 40% de los sanitarios manifiestan sentirse emocionalmente agotados, los investigadores destacan que el 81.3% refieren sentirse muy realizados con su profesión y el 23,5% muestran niveles altos de resiliencia (Pérez De León, 2021). Entendiendo por resiliencia, la capacidad de adaptarse a la adversidad y recuperarse de experiencias difíciles (Southwick et al.,2014).

En New York, durante la primera ola de contagios, se identificó que las enfermeras fueron el personal de salud más afectado con síntomas de estrés postraumático, depresión, estrés agudo e insomnio a nivel moderado con menos de 6 horas en promedio de sueño (Shechter et al., 2020). El personal reportó tener miedo a transmitir COVID-19 a familiares o amigos y se evidenció estrés por el distanciamiento. Mientras que, a nivel laboral, experimentaron la ausencia de control e incertidumbre, miedo a atender a otros colegas infectados y la incertidumbre de su pronóstico. Parte del estrés provenía del acceso a equipos de protección y pruebas de hisopado, propagación del virus a nivel familiar, ausencia de apoyo institucional, falta de acceso a cuidado infantil, no poder ofrecer un buen servicio y poca información (Shechter et al., 2020).

En el caso de Latinoamérica, una publicación en el Foro Internacional de Medicina Interna [FIMI] (Valdés et al., 2020), se integran datos y vivencias intrahospitalarias, hasta julio del 2020, de 18 países latinoamericanos representados, incluyendo a Panamá. En este informe se menciona que el personal de salud en América Latina ha sufrido diferentes ataques. Se describe como denominador común el temor al contagio y la vulnerabilidad del personal de salud de primera línea, por experimentar situaciones de presión psicológica, carga laboral, mediatización, aspectos judiciales, desprotección, falta de descanso, nuevos roles, discriminación y agresiones.

Se menciona además tres aspectos que predisponen al personal de salud a contraer la enfermedad. Primero: la falta de entrenamiento frente a un virus nuevo, cuya información ha variado día a día, haciendo que los protocolos de atención cambien con frecuencia, lo cual predispone a errores y confusión. Como segundo aspecto la variabilidad de cómo se presenta la enfermedad (asintomáticos, atípicos o cuadros leves), exponiéndose a pacientes que pueden consultar por otro motivo e infectar. Además de la dispersión de la enfermedad en salas de espera congestionadas con altos tiempos de espera. El equipo de bioseguridad requerido por la alta transmisibilidad del virus, además de ser costoso, es incómodo, lo cual incrementa el desgaste físico del personal de salud y amerita de un tiempo para su correcta colocación. Así mismo, esto retrasa los procesos de atención y procedimientos (Valdés et al., 2020). Es indispensable que el personal sanitario tenga acceso al equipo de bioseguridad, de lo contrario ante el miedo al contagio pueden evitar o evadir la atención del paciente.

Uno de los grupos de salud más afectados por la pandemia han sido las enfermeras. El Consejo Internacional de Enfermeras [CIE] al analizar los datos provenientes de investigaciones y encuestas realizadas a sus 130 Asociaciones Nacionales de Enfermeras [ANE], concluyó en su informe del 13 de enero del 2021, que las enfermeras del mundo se enfrentaban a un trauma colectivo, cuyas consecuencias eran potencialmente devastadoras tanto a corto como a largo plazo para ellas y los sistemas de salud en los que trabajan. El 80% de las ANE del CIE

que han sido encuestadas, reportaron afecciones de salud mental por parte de enfermeras que están trabajando en la respuesta contra la COVID-19. Aproximadamente el 20% de las enfermeras en Japón ha denunciado haber sufrido discriminación o prejuicios durante la propagación del virus. El 64% de las enfermeras en EE. UU. se ha sentido sobrepasada y el 67% ha señalado dificultades para conciliar el sueño. La negación de la COVID-19 por un sector de la sociedad, la propagación de desinformación y los grupos antivacunas se han convertido en agentes estresores para el personal de salud.

A causa de la escasez de enfermería existente, el envejecimiento del personal de enfermería y el creciente porcentaje de abandono de la profesión como efecto del agotamiento y estrés relacionados con la respuesta a la pandemia, el CIE calcula que harán falta hasta 13 millones de enfermeras para colmar la brecha de escasez mundial de enfermeras en el futuro (CIE, 2021).

La CIE ha solicitado a todos los países de forma reiterada desde el inicio de la pandemia la recopilación estandarizada de datos sobre los contagios y fallecimientos de trabajadores sanitarios, sin embargo, en muchos países no existen mecanismos adecuados de informes que garanticen la disponibilidad y el acceso a los datos sobre el control del personal sanitario durante la pandemia (CIE, 2021). Para finales de febrero del 2021 se estimaba 3 000 fallecimientos de enfermeras por COVID-19 en 60 países.

En Panamá, la Organización Panamericana de la Salud, en su informe publicado el 12 de agosto de 2020, reporta un total de 3.299 casos confirmados de COVID-19 en los trabajadores sanitarios de diferentes instituciones de salud del país. De este total, el 24,5 % corresponde al personal de enfermería y el 23,3% a personal que presta servicios en áreas de laboratorio, farmacia, radiología, y nutrición (OPS, 2020).

Por otro lado, la Asociación Nacional de Enfermeras de Panamá [ANEPE], el 23 de junio de 2020, por medio de un comunicado al país denunció las situaciones y eventos adversos que afectan sus condiciones laborales y calidad de cuidado durante la pandemia. Entre ellas: falta de nombramientos de personal de enfermería, acorde con las necesidades y demandas de cada provincia y comarca, sobrecarga laboral, necesidad de reforzar la comunicación médico familiar y familiar-paciente, escasez de equipo de protección personal que cumplan los criterios de calidad y seguridad para atender a pacientes con COVID-19, falta de insumos y medicamentos, dificultad con el transporte en horas de riesgo (por toque de queda), poca cobertura serológica en el personal de salud, falta de información actualizada de las estadísticas del personal de salud contagiados, falta de respuesta a solicitudes previas por las autoridades (ANEPE, 2020).

Algunos medios de comunicación de Panamá publicaron distintos artículos de opinión respecto a la salud mental de los trabajadores sanitarios durante la pandemia. En el periódico La Prensa, del 13 de junio del 2020 se reportó la noticia:

“Pandemia agota al personal sanitario”, esta nota presenta datos relevantes: el personal que atiende pacientes positivos a COVID-19 trabaja por turnos de ocho a doce horas diarias y debe reemplazar a los compañeros que se han infectados. Otra nota en La Prensa del 25 de julio del 2020, escrita por la Dra. Delia De Ycaza, titulada “Estrés laboral en el personal de Salud”, brinda información sobre los distintos padecimientos en salud mental que pueden presentarse ante el agotamiento de cuidar la salud de otros y sugiere medidas de autocuidado para el personal sanitario.

Además, se han publicado dos estudios científicos realizados en Panamá que evalúan el efecto de la Pandemia por COVID-19 en la población. Espinosa et al. (2021), realizan un estudio transversal en una muestra compuesta por 517 médicos de los cuales el 53% eran internos y el 47% eran residentes; en el periodo comprendido entre el 23 de julio al 13 de agosto del 2020. Se encontró sintomatología clínica correspondiente a depresión en el 25,3% de los casos, 13,7% ansiedad y 12,2% estrés postraumático. Al menos, el 9,3% de los participantes informaron tener ideación suicida. Además, se reporta mayor prevalencia para trastornos de salud mental en mujeres.

Oviedo et al. (2022), analizan la respuesta psicosocial a la pandemia de COVID-19 en adultos residentes en Panamá. De una muestra de 480 participantes, más del 60% reportó verse afectado negativamente por la pandemia. Ser mujer, ser más joven, el aislamiento social, las condiciones psiquiátricas previas y el insomnio

se asocia a mayores síntomas de depresión, ansiedad y estrés. La resiliencia, las conductas prosociales y la percepción de apoyo psicosocial se asocian a una mejor respuesta a la pandemia por COVID-19 (Oviedo et al., 2022).

Los múltiples cambios descritos que se producen a nivel colectivo ante el surgimiento de una pandemia, que pueden tener la calidad de estresores en sí mismo y más específicamente para el personal del sector de salud, en contraste con la escasa información publicada al respecto en nuestro país, nos lleva a plantearnos la siguiente pregunta de investigación.

1.1.2 Formulación de la pregunta de Investigación

¿Cuál es el efecto del trabajo con pacientes diagnosticados con COVID-19 en la salud mental del personal de enfermería y técnicos de la salud?

1.1.3 Objetivos:

1.1.3.1 Objetivo general:

Identificar el efecto de la exposición directa e indirecta a pacientes diagnosticados con COVID-19 en la salud mental del personal de enfermería y técnicos de la salud.

1.1.3.2 Objetivos Específicos:

- Identificar el efecto de la exposición directa e indirecta a pacientes con diagnóstico de COVID-19 sobre el estrés relacionado al COVID-19.

- Evaluar el efecto moderador del sexo y edad sobre el distrés relacionado al COVID-19.
- Identificar el efecto que el distrés relacionado al COVID-19 tiene sobre síntomas de depresión, ansiedad, estrés e insomnio.
- Evaluar el efecto moderador de las estrategias de afrontamiento directo y de evitación sobre los síntomas psicológicos.
- Explorar las significaciones que surgen respecto a su identidad y su rol como personal de salud.
- Detectar la vivencia de estigmatización, traumatización vicaria y temor a la muerte a partir de la exposición a pacientes diagnosticados con COVID-19.

1.1.4 Hipótesis

- Hi1: La exposición directa a pacientes con diagnóstico de COVID-19 tiene mayor efecto que la exposición indirecta sobre el distrés relacionado a COVID-19.
 - Ho1: La exposición directa a pacientes con diagnóstico de COVID-19 no tiene mayor efecto que la exposición indirecta sobre el distrés relacionado a COVID-19.
- Hi2: Ser mujer estará asociado a un mayor nivel de distrés relacionado a COVID-19.

- Ho2: Ser mujer no está asociado a un mayor nivel de estrés relacionado a COVID-19
- Hi3: La población joven presenta niveles más elevados de síntomas de estrés, depresión y ansiedad.
 - Ho3: La población joven no presenta niveles más elevados de síntomas de estrés, depresión y ansiedad
- Hi4: El estrés relacionado a COVID-19 incrementa la sintomatología por estrés, depresión y ansiedad.
 - Ho4: El estrés relacionado a COVID-19 no incrementa la sintomatología por estrés, depresión y ansiedad.
- Hi5: Las estrategias de afrontamiento enfocadas a los problemas disminuyen el estrés relacionado a COVID-19.
 - Ho5: Las estrategias de afrontamiento enfocadas a los problemas no disminuyen el estrés relacionado a COVID-19.
- Hi6: Las estrategias de afrontamiento de evitación aumentan el estrés relacionado a COVID-19.
 - Ho6: Las estrategias de afrontamiento de evitación no aumentan el estrés relacionado a COVID-19.

1.2 Justificación

Las investigaciones realizadas en brotes epidemiológicos anteriores y durante la pandemia por COVID-19 han encontrado sintomatología clínica

significativa (ansiedad, estrés, depresión, insomnio) en el personal sanitario, asociada a los cambios ocurridos en las condiciones laborales (horarios, equipos de protección, nuevas funciones), su vida personal (aislamiento, factores de riesgo) y/o las circunstancias ambientales (medidas de contención, cuarentenas, estigmatización). Se ha evidenciado además en estudios longitudinales que en un porcentaje del personal evaluado la sintomatología clínica no disminuye, por el contrario, desarrollan TEPT y burn out. También se han registrado algunos casos de muerte por suicidio y deserción laboral en el personal sanitario durante los brotes epidemiológicos (Valdés et al., 2020; Megalakaki et al., 2021).

Sin embargo, a la fecha no se cuenta con investigaciones publicadas en Panamá, que informen la situación de salud mental del personal de enfermería y técnicos de la salud, respecto al impacto psicológico generado por el trabajo durante la pandemia por COVID-19. El presente estudio incluye en su población a: instrumentistas quirúrgicos, laboratoristas, técnicos en radiología, técnico en urgencias médicas y terapeutas respiratorios, cubriendo un vacío que existe en la literatura científica sobre el tema, siendo que la mayoría de las investigaciones se realizan solamente con personal médico y de enfermería. Contar con estos resultados es clave para identificar la necesidad del personal sanitario de Panamá en materia de intervenciones psicológicas que ayuden a re establecer un funcionamiento mental sano.

Brooks et al (2020), encontraron escasez de información sobre la percepción del personal de salud que reportó haber sido estigmatizado y en sus recomendaciones se encuentra realizar investigaciones exploratorias. Por otro lado, Mohammed et al (2021), indican la necesidad de realizar investigaciones que examinen el discurso del héroe en el personal sanitario (Mohammed et al., 2021). Este estudio da cuenta de ambas recomendaciones y añade la posibilidad de explorar nuevos constructos para explicar el impacto psicológico, al ser un diseño de investigación mixto.

Además, para lograr una amplia comprensión del fenómeno estudiado, en la presente Tesis Doctoral, se eligió una batería de pruebas confiables para evaluar cada variable y se incluyó el uso del Índice de Distrés Peri-traumático relacionado a COVID-19, con la debida autorización de la Dra. Jianyin Qiu (autora, China) y el Dr. Bruno Pedraz (traductor de la versión en español, Perú), la correspondencia con ambos consta en los Anexos.

Los hallazgos de esta investigación amplían el conocimiento científico sobre la Salud Mental de nuestro país y Latinoamérica y promueven la elaboración de programas de prevención ante catástrofes basados en evidencia.

CAPÍTULO 2: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. Pandemia y personal de salud

2.1.1. Pandemias en la historia

A través de la historia diferentes epidemias han sido descritas. El cólera se estudia desde su aparición en el interior del sur de Asia, pasando por los mecanismos de dispersión del bacilo *Vibrio cholerae* en el siglo XIX, hasta los estragos causados en Haití (Shah, 2020). Se han identificado los factores ambientales, sociales, políticos y económicos que influyen en la propagación de un agente patógeno. Investigaciones han revisado el comportamiento epidemiológico de otras enfermedades infecciosas, como el ébola, el SARS, el síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS), el virus del Nilo occidental o la enfermedad de Lyme; y han comparado los datos con el estallido inicial de la pandemia por COVID-19.

Los avances en el campo de la medicina y la salud pública que se realizaron en el siglo XIX para contener la invasión de patógenos como el cólera, fueron tan eficaces que, durante una buena parte del siglo XX, se extendió entre los epidemiólogos, historiadores de la medicina y otros expertos la idea de que las sociedades desarrolladas habían erradicado definitivamente las enfermedades infecciosas (Shah, 2020).

Según la conocida teoría de la *transición epidemiológica*, formulada por el investigador egipcio Abdel Omran, la desaparición de las enfermedades infecciosas

en las sociedades ricas era una consecuencia inevitable del desarrollo económico. El perfil de las enfermedades que afectan a una sociedad cambiaba con su grado de progreso. En lugar de una oleada de contagios, “las sociedades prósperas padecían principalmente enfermedades crónicas, no transmisibles y de evolución lenta, como el infarto y el cáncer” (Shah, 2020, p. 20). La primera enfermedad infecciosa desconocida que afectó el mundo a principios de los 80, fue por el virus de inmunodeficiencia adquirida [VIH]. Después llegaron otros patógenos infecciosos. Al VIH se sumaron el virus del Nilo occidental, el SARS, el ébola y nuevos tipos de gripe aviar que podían infectar a las personas. Los microbios rejuvenecidos fueron resistentes a los tratamientos que se usaron para controlarlos: así aparecieron tuberculosis resistentes a los fármacos y resurgieron la malaria y el cólera. En conjunto, entre 1940 y 2004, más de trescientas enfermedades infecciosas emergieron o rebrotaron en lugares y entre poblaciones donde jamás se había visto (Shah, 2020).

Como respuesta a las enfermedades infecciosas que han dado lugar a las diferentes epidemias, se han llevado a cabo diferentes medidas de contención. Respecto a la cuarentena, la primera se impuso en Venecia, en 1374, cuando los puertos de la ciudad y sus accesos por tierra estuvieron cerrados cuarenta días (de ahí el nombre de la medida) para impedir el paso de la peste bubónica. Fue un método de contención excelente para un patógeno como la peste bubónica, cuyos síntomas visibles se manifiestan en menos de cuarenta días.

No se dispone de un registro completo de las pandemias que han atacado a la humanidad desde tiempos antiguos. Como mucho se puede vislumbrar por los contornos de las largas sombras que han proyectado hasta nuestros días. Pero según la teoría de la evolución y el creciente conjunto de pruebas que aportan la genética y otras disciplinas científicas, las pandemias y los patógenos que las causan han configurado aspectos fundamentales de lo que entendemos por nuestra humanidad, desde la manera de reproducirnos hasta la manera de morir. Han modelado la diversidad cultural, el desenlace de las guerras e incluso ciertas ideas de belleza que sobreviven al paso del tiempo, por no hablar de nuestro cuerpo y su vulnerabilidad a los patógenos de hoy.

“Lejos de ser una anomalía histórica, las epidemias son una característica natural de la vida en un mundo plagado de microbios” (Shah, 2020, p. 271). El genoma también contiene pistas de una pandemia concreta del pasado que afectó al linaje de los homínidos (del que *Homo sapiens* es su único superviviente) hace unos dos millones de años. La prueba reside en un gen que controla la producción de un compuesto en particular: el ácido siálico. En el curso de trescientos mil años todos los individuos que producían este ácido morían o perdían la capacidad de reproducirse, de modo que solo quedaron aquellos que no producían el ácido, porque tenían una variante del gen que lo desactivaba. ¿Qué pudo generar un cambio tan drástico a tal velocidad? Ajit Varki, el científico que descubrió la

“pérdida del gen, sospecha que fue una pandemia (...) probablemente alguna forma de malaria” (Shah, 2020, p.274).

Por ello las epidemias y las pandemias antiguas, han tenido un alto coste para la humanidad. Si bien es cierto que las relaciones entre la adaptación genética a epidemias del pasado y la vulnerabilidad de las personas a los patógenos modernos han empezado a detectarse muy recientemente, gracias a los avances en la investigación genética, los científicos creen que quedan muchas más relaciones por descubrir. Es posible que gran parte de nuestra vulnerabilidad a los patógenos de hoy (y de mañana) venga determinada por cómo sobrevivieron nuestros antepasados a los patógenos en otros tiempos.

La psicología evolutiva defiende la hipótesis de que la propia cultura (la diferenciación de las poblaciones en distintos grupos por su comportamiento o localización geográfica) tiene su origen en una adaptación conductual a un pasado lleno de epidemias (Fincher y Thornhill, 2012, citados en Shah, 2020). La teoría parte del concepto de *conductas inmunes*, es decir, “prácticas individuales y sociales que ayudan a esquivar a los patógenos; por ejemplo, evitar determinados ecosistemas, como humedales o pantanos, o practicar determinados rituales culinarios (...) transmitidas de generación en generación, se han consolidado” (Shah, 2020, p. 278).

En este punto, podría pensarse que estas conductas inmunes también se traducen en actitudes de evitación y aislamiento, como ocurrió en el tiempo de la

pandemia por COVID-19, especialmente hacia aquellos que ocupaban las primeras líneas en cuestiones de atención sanitaria: el personal de salud.

2.1.2. Personal de salud en pandemia: rol e identidad

El personal de salud en pandemia, se refiere específicamente a todas las personas que estuvieron involucradas en atender y mejorar la salud de los pacientes infectados y en situaciones críticas durante la pandemia (Pérez Cuevas, 2020). Este personal estuvo compuesto por las siguientes especialidades (las cuales fueron consideradas en todo el mundo, como esenciales): médicos/a, enfermeros/a, psicólogos/a, trabajadores comunitarios y trabajadores sociales, personal de laboratorio, farmacéuticos, personal auxiliar y también se incluyen a gerentes, administradores y directivos de los hospitales que estaban en funcionamiento (Pérez Cuevas, 2020). El trabajo del personal de salud fue más que la atención directa a los enfermos de COVID-19, sus tareas y roles, también consistió en cuidar la salud de la población a través de actividades de educación, prevención y promoción, además, realizar tareas para identificar casos sospechosos, buscar sus contactos, tomando y analizando pruebas diagnósticas, entre otras actividades adicionales a su trabajo diario, tanto en clínicas y hospitales, como en la comunidad.

Uno de los grupos más importantes durante la pandemia, fue el personal de enfermería (Loyola da Silva et al., 2021). Esta fue una de las especialidades que

más horas de trabajo destinó al servicio de los pacientes; fue declarada por los gobiernos y entidades internacionales, como parte integrante fundamental del equipo multiprofesional de salud.

La presión impuesta a este colectivo aumentó el riesgo de contaminación y el estrés físico y emocional, por lo tanto, los consejos directivos de los países del mundo emitieron recomendaciones generales para la organización de los servicios de salud y preparación de los equipos de enfermería, además de recomendaciones para la protección de éstas, con fortalecimiento de campañas y medidas de reducción de infección cruzada entre los pacientes y profesionales de salud. Las recomendaciones anteriormente mencionadas, incluyeron las siguientes medidas (Loyola da Silva et al., 2021):

- Creación de escala de profesionales de salud para identificar personas con síntomas respiratorios.
- Formación de equipos de respuestas rápidas para la llegada de casos graves al hospital, incluyendo acomodación y área de actuación separada de otros espacios de la unidad.
- Establecimiento de turnos para los equipos de enfermería en la atención a los pacientes con síntomas o con sospecha de COVID-19.
- Evitar tener personal sanitario con factores de riesgo.

- Definición del lugar de espera de personas con cuadro clínico y separado de los demás.

Una de las tareas del personal de enfermería fue la educación en salud, que debió ser realizada para diseminar informaciones correctas sobre medidas educativas de prevención, contención de la pandemia del nuevo coronavirus y combate a las *fake news* en torno de esta, debido a que incentivaban comportamientos de riesgo por la población y, consecuentemente, sobrecargaban aún más a los hospitales y a sus trabajadores (Loyola da Silva et al., 2021). Además, en algunos casos, el técnico de enfermería, identificaba al paciente por los datos personales, pregunta sobre la aparición de síntomas relevantes y lo clasifica como caso sospechoso o no. Seguidamente, el paciente con sospecha era derivado con mascarilla a una sala de espera separada y ventilada mientras esperaba la consulta de enfermería o médica.

El personal de enfermería, por su parte reevaluaba por teléfono y monitoreaba cada 24 horas a los sintomáticos del grupo de riesgo y cada 48 horas a los demás, hasta completar 14 días desde el inicio de los síntomas. Entonces, decidía si la conducta era: seguimiento por teléfono, reevaluación presencial o si hay necesidad de derivación para emergencia (Loyola da Silva et al., 2021).

Por su parte, los profesionales de enfermería responsables técnicos y/o coordinadores de instituciones de salud, debían notificar por medio de un formulario, los casos de sospecha o confirmación de infección o muerte por

COVID-19 entre los mismos profesionales de enfermería, con el fin de acompañar la situación de la pandemia y buscar soluciones que reduzcan el riesgo de contaminación de estos.

En este punto, considerando los roles cambiantes del profesional de salud, surgen interrogantes sobre su identidad en momentos de pandemia. La cuestión de la identidad personal adquiere un redoblado interés en una época en la que, de modo recurrente, se habla de la crisis del sujeto. Tal vez, sea momento de aspirar a una reorganización conceptual del sujeto, como representación de una realidad que convierte al hombre en subjetividad libre, en una realidad autónoma y original (Bernal Guerrero, 2009).

En su relación con los otros y con el mundo, el sujeto va construyendo su propia identidad. Tal identidad se construye a partir de la complejidad y dentro de ella, teniendo en cuenta la naturaleza relacional y relativa de su autonomía, las implicaciones del significado de su individualidad y sus diversas conexiones con el entorno. Lo que hace a cada individuo que sea único e irrepetible es su identidad personal (Bernal Guerrero, 2009), es decir, aquello que constituye el verdadero soporte básico de todo reconocimiento, propio y ajeno.

En palabras de Bernal Guerrero (2009):

La identidad personal hace referencia a lo “propium” de cada ser humano, en cuanto tal. La identidad es la posibilidad, concretada, de construir el

propio “Yo” mediante la única combinación de las distintas identificaciones posibles que cada uno tiene en función de las posibilidades relacionales que le ofrece su complejo entorno (p.11).

En este sentido, la identidad personal está íntimamente asociada a los procesos de realización misma de la persona, a su *autorrealización* (Bernal Guerrero, 2009). Es por ello, que como resultado de la pandemia, ha surgido una identidad colectiva de profesionales médicos, y ahora la sociedad los ve como héroes que pueden salvar a la humanidad de la catástrofe que ha ocurrido (Solano-Ruiz, 2021).

La visibilidad de los diferentes tipos de profesionales, así como su quehacer habitual ha quedado patente en los medios de comunicación y las narrativas de la población, dejando evidencia de la capacidad adaptativa, creativa y organizativa ante la situación de caos y desorden experimentada (Solano-Ruiz, 2021). Sin embargo, esta capacidad adaptativa puede verse amenazada en un contexto de emergencia sanitaria, origen de expectativas sobre el personal de salud, pero también de preocupaciones (Valero Barrio, 2020):

1. En primer lugar, que sus compañeros enfermen.
2. En segundo lugar, la infección de sus familiares.
3. Y en tercer lugar, las medidas de seguridad.

Sin dejar de mencionar la preocupación por los pacientes, la sensación negativa de no poder garantizarles su mejora y la carga emocional de verlos sufrir o fallecer.

La exposición al virus, produce emociones como el miedo frente a la incertidumbre, sumado a las jornadas laborales extensas, la falta de insumos de protección adecuados o estar en cuarentena, son algunos de los estresores que aumentan el riesgo en el personal de salud a presentar desgaste físico y psicológico (Brooks et al., 2020). Así mismo, la labor del personal de salud, de estar en contacto con contagiados, hizo que vecinos, madres y compañeros de la escuela de sus hijos sientan miedo, los rechacen y discriminén. El estigma llegó a afectarles tanto, que en muchos casos, se vieron en la obligación de separarse de sus familiares (Valero Barrios, 2020).

En Corea incluso prohibieron al personal sanitario usar el ascensor de sus comunidades y la asistencia de sus hijos al colegio. Además, los trabajadores sanitarios también tenían sus propios familiares enfermos, problemas en casa con ellos y en muchos casos, eran sostén económico de las familias, ya que el personal de salud era uno de los trabajos que podía seguir trabajando, pese a la crisis mundial (Valero Barrios, 2020).

Estos son algunos ejemplos que se relacionan con las variables cualitativas estudiadas en el presente trabajo, como la estigmatización, traumatización e incluso

el temor a la muerte de sí mismos y de familiares, frente a la crisis socio-sanitaria causada por COVID-19, conceptos tratados a continuación.

2.1.3. Vivencias del personal de salud en pandemia: estigmatización, traumatización y temor a la muerte

2.1.3.1. Estigmatización: A propósito del chivo expiatorio, la infodemia y los héroes.

El estigma social en el contexto de la salud, conforme el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2020), es:

La asociación negativa entre una persona o un grupo de personas que comparten ciertas características y una enfermedad específica. En un brote epidémico, esto puede significar que las personas sean etiquetadas, estereotipadas, que se las discrimine, que se las trate por separado y/o que experimenten una pérdida de estatus debido a una percibida conexión con una enfermedad (p. 2).

Cabe recordar que, en el siglo pasado, durante la pandemia de cólera en Nueva York, muchas personas enfurecidas apedrearon a médicos en la calle e incendiaron hospitales que estaban habilitados para la cuarentena. De la misma manera, durante esta pandemia de COVID-19:

Se ha escupido a los médicos, y algunas enfermeras al salir de un turno de noche, han encontrado las ruedas del coche pinchadas a navajazos. En Indore, en la India, un trabajador sanitario que iba por un callejón con la bata azul fue atacado y perseguido por una turba vociferante. En la Casa Blanca, un presidente frustrado y desbordado culpaba a la OMS (Shah, 2020, p. 12).

Éstos ejemplos históricos se pueden relacionar con la hipótesis del chivo expiatorio (Shah, 2020). Al desencadenarse una epidemia por una enfermedad nueva, ocurre un estallido con connotaciones siniestras; la discordia “se dirige con la intensidad de un puntero láser sobre determinados grupos humanos – los chivos expiatorios – a quienes entre todos los factores sociales y todos los posibles culpables se señala como especialmente responsables de la epidemia” (Shah, 2020, p. 184).

La emergencia por COVID-19 generó estigma social y conductas discriminatorias contra los trabajadores de la salud que atendían a pacientes con COVID-19 o trabajaban en las instalaciones del sistema de salud público o privado (Kalal et al., 2023).

Existen publicaciones que dan registro de la estigmatización y ataque al personal sanitario en Latinoamérica. Sánchez De la Cruz et al. (2021), realizaron un estudio para conocer la incidencia de agresiones contra el personal de enfermería en Latinoamérica, durante la pandemia de COVID-19, a través de una encuesta

realizada en el período del 29 de abril al 25 de mayo de 2020. De 310 participantes, la mayoría fueron residentes de México, 65,2%, seguido por Argentina, 5.8%, Colombia, 5,2%; Honduras, 5,2% y Costa Rica 4,5%. Los resultados muestran que el 79,6% de la muestra sufrió agresiones o discriminación durante la pandemia. Las agresiones ocurrieron principalmente en las calles (24,3%), el transporte público (15.2%), el lugar de trabajo (12,9%), el vecindario (11,7%) y los supermercados (7,1%). Al evaluar las principales emociones y síntomas psicológicos experimentados, reportaron: el miedo a enfermarse (73,7%), seguidas de las alteraciones del sueño (33,4%) y el miedo a contagiar a sus familiares (33,4%). Las alteraciones de la salud mental referidas fueron ansiedad (29,2%), tristeza (10,4%) y aumento del apetito (8,8%).

Se compararon las agresiones contra el personal de enfermería según el área de trabajo, es decir, entre áreas de atención de COVID-19 y otras áreas. No se halló diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos. Esto significa que la agresión contra el personal de enfermería es independiente de trabajar en la atención de la COVID-19. Una de las limitaciones del estudio es no evaluar los motivos y características de los agresores. Los autores proponen que la población desinformada culpa a los sanitarios por la propagación del virus, los consideran una fuente de infección y los responsabilizan de la epidemia (Sánchez De la Cruz et al., 2021).

Valdés et al. (2020), reportaron el rechazo de la ciudadanía a mantener contacto con el personal de salud por fuera del hospital, al percibirlos como portadores del virus; lo cual generó situaciones como prohibición de entrada a tiendas de abastecimiento, uso de áreas comunes y elevador de sus lugares de residencia; rechazo en los medios de transporte a llevar como pasajeros a personal de salud que estuviese en uniforme o scrubs; insultos y amenazas. Explica que estas formas de discriminación constituyen un ataque psicológico, a lo cual agrega experiencias en distintos países de Latinoamérica: en Colombia, donde un profesional de salud fue amenazado de muerte, junto con su esposa e hijos, si salía de su casa; en New York se presentó el fenómeno de profesionales de enfermería y médicos, que dormían en los autos para no volver a sus hogares; en Argentina se incrementaron las denuncias al Instituto Nacional Contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo [INADI] en 2020 por situaciones relativas al COVID-19. Por su parte, en México se registraron situaciones en donde personas quieren quemar un hospital, le arrojan café caliente o cloro a médicos y enfermeras.

Al analizar los datos reportados en la prensa Latinoamérica, Valdés et al. (2020) concluyen que ha ocurrido discriminación en muchos países, el 45% de éstos en mujeres mientras que el 28% han ocurrido en hombres. El 40% de los casos de discriminación o violencia ocurren contra médicos, el 40% contra enfermeras y auxiliares de enfermería y el 11% ocurren contra varios miembros del equipo de salud de manera simultánea.

El 27% de los casos se dan en los centros asistenciales y otro 25% de los casos han ocurrido en las viviendas y edificios de los afectados, el 19% de los casos han ocurrido en espacios públicos, el 12% en medios de transporte público, el 5% ha ocurrido en establecimientos comerciales como restaurantes, supermercados y bancos, el 4% de los casos han sido a través de redes sociales, aunque quizás el ciberacoso y los mensajes difamatorios por este medio son mucho más frecuentes, pero casi nunca denunciados. México registró el mayor número de casos de discriminación y agresión hacia el personal de salud (Valdés et al., 2020).

Además de este contexto de agresiones, existe otro entorno que se relaciona con las tecnologías de comunicación e información, en el que se incentivaron las conductas de estigmatización: la *infodemia*. El término *infodemia* se ha utilizado para nombrar el fenómeno de introducción y alta velocidad de transmisión de noticias falsas en las redes sociales, la *otra pandemia*. Recibir informaciones inexactas en un momento que se vive con desestabilidad emocional y angustias primitivas por el virus de COVID-19 puede provocar un doble trauma ante la exposición a dos fuentes de conflicto, generando una sobrecarga al yo (Reyes de Polanco, 2021).

Si analizamos el contenido manifiesto y latente de la campaña de noticias falsas de la llamada infodemia y su impacto en la realidad y la vida psíquica de los receptores podemos decir que lamentablemente contienen comunicaciones no apegadas a la realidad, manipuladas, con la intención de inducir pánico, enrarecer

la realidad al desmentirla, inocular de forma silenciosa, violenta y disruptiva en el psiquismo ansiedades y defensas primitivas (Reyes de Polanco, 2021, p.13).

La estigmatización al personal de salud se considera como una de las consecuencias de la infodemia (Reyes de Polanco (2021). Esto se pudo observar en los ataques al personal de salud, enfermeras y médicos y también en actitudes xenófobas como echar cloro a las enfermeras en Guadalajara (Reyes de Polanco, 2021).

Los estudios han encontrado que el estigma social causado por la pandemia aumenta la ansiedad, la depresión y el agotamiento entre los trabajadores de la salud (Kalal et al., 2023). Aunque, también se han identificado cualidades en las enfermeras que las ayudan a realizar su trabajo, a pesar de la estigmatización, entre éstas: mentalidad positiva, espiritualidad, independencia, voluntad de cuidar, resiliencia, preparación y comprensión científica de la enfermedad (Kalal et al., 2023).

Mientras un sector de la sociedad estigmatizó al personal sanitario y lo agrebió, otro sector lo denominó *héroes* y este reconocimiento se hizo *viral* en los medios. El público general debía obedecer la campaña *Quédate en casa* mientras que el personal sanitario debía salir de sus hogares, incluso separarse de su familia por períodos prolongados. La cobertura mediática usaba continuamente un mensaje militarista en la cobertura de la pandemia, lo cual contribuyó a fomentar la imagen del personal de primera línea actuando heroicamente en la *batalla* contra el virus.

Sin embargo, la narrativa del héroe para el personal sanitario en los medios de comunicación es inútil y hasta peligroso; no permite un debate real sobre la situación; por ejemplo, pensar los límites respecto al deber del personal de salud al cuidar a sus pacientes versus el riesgo personal al contagio (Cox, 2020).

En otras palabras, si se dejara de etiquetar a todos los trabajadores de la salud como *héroes* (lo que los presiona para que actúen de maneras que van más allá de las expectativas razonables), se reconocería el miedo y ansiedad que atraviesan y se avanzaría hacia un debate sobre qué expectativas son razonables dentro de un modelo de contrato social y como sociedad nos llevará a reflexionar qué deberes tenemos y cómo podemos apoyarlos en el cumplimiento de sus funciones (Cox, 2020).

Siguiendo esta línea, se ha realizado un análisis del discurso posestructural de los medios de comunicación para examinar los efectos del discurso del héroe en las enfermeras que trabajan durante la pandemia por COVID-19 (Mohammed et al., 2021). Se han identificado tres elementos en el discurso del héroe: la enfermera como “persona sacrificio”, las enfermeras como “ciudadanas modelos” y “el heroísmo como recompensa en sí mismo para las enfermeras”. Esta perspectiva y discurso del héroe no expresa admiración, sino es una técnica política, social y cultural usada para normalizar la exposición de las enfermeras al riesgo, encasillarlas como modelos de ciudadanía y mantener relaciones de poder que afectan las condiciones de trabajo de las enfermeras (Mohammed et al., 2021).

2.1.3.2. Traumatización vicaria

Mc Cann y Pearlman (1990) desarrollan el concepto de *traumatización vicaria* para explicar los efectos psicológicos presentes en los psicoterapeutas que trabajan con personas supervivientes a situaciones traumáticas (como violaciones, robos, secuestros, maltratos, entre otros). En algunos casos, la exposición a experiencias traumáticas de otras personas frecuentemente puede generar en profesionales de la salud la traumatización vicaria (García Campos, 2023), es decir, estrés emocional y mental que provoca síntomas como ansiedad, insomnio y depresión, variables que son abordadas en este capítulo en el personal de salud.

La traumatización vicaria se asocia al síndrome de burnout y sus síntomas característicos (depresión, cinismo, aburrimiento, pérdida de compasión y desánimo), que hacen referencia al estar quemado como consecuencia de una actividad laboral. El síndrome de burnout es una respuesta inapropiada a un estrés crónico e incluye tres dimensiones como el agotamiento emocional o cansancio, la despersonalización o deshumanización y falta o disminución de realización personal en el trabajo (Maslach y Jackson, 1981).

Los profesionales de la salud mental pueden padecer burnout debido a la complejidad del trabajo terapéutico con personas víctimas de trauma (Mc Cann y Pearlman (1990). Sin embargo, este constructo no es suficiente para abarcar todos los cambios que ocurren en el psicoterapeuta. Otra postura que revisan es la de la *contratransferencia*, por medio de la cual se da la activación de las necesidades no

resueltas o conflictos o preocupaciones inconscientes del psicoterapeuta, mientras escucha a su paciente.

Así mismo, estudios de larga data sugieren que el fenómeno de la contratransferencia es sumamente importante en situaciones de crisis como por ejemplo un terremoto. Al respecto, el trabajo de De Michaca (1993) encontró que al analizar los discursos de pacientes y terapeutas durante una intervención psicológica de índole psicoanalítica, se exponen tanto procesos primarios como secundarios, regresivos y progresivos, con un predominio de los primeros al inicio de las sesiones, ya que las respuestas son viscerales e impulsivas, en cambio al final de la intervención terapéutica se observa el proceso de progresión al aparecer las características del proceso secundario, es decir, las ideas están más conectadas con los afectos, se establece la tolerancia a la espera y se funciona según el principio de la realidad. La progresión también se observó en el grupo de terapeutas.

Mientras la literatura sobre el burnout se centra en las alteraciones en relación con distintos tipos de evento estresor y la de la contratransferencia focaliza en las características subjetivas y conflictos no resueltos del psicoterapeuta, el concepto de traumatización vicaria amplifica esta mirada. Toma en cuenta las respuestas únicas del terapeuta al material del paciente moldeado por las características de la situación y las necesidades psicológicas y esquemas cognitivos únicos del terapeuta; enfatizando que los psicoterapeutas presentarán alteraciones duraderas en sus esquemas cognitivos, lo que tendrá un impacto significativo en sus

sentimientos, sus relaciones y su vida. En otras palabras, gran parte del mundo cognitivo del psicoterapeuta se verá alterado al escuchar situaciones traumáticas (Mc Cann y Pearlman, 1990).

Esta propuesta se asienta en la teoría constructivista del desarrollo cognitivo; que sostiene que los seres humanos construyen su propia realidad personal a través del desarrollo de estructuras cognitivas complejas que se utilizan para interpretar eventos. Estas estructuras cognitivas pueden evolucionar y volverse cada vez más complejas a lo largo de la vida, en la medida que los individuos interactúan con su entorno. Piaget (1971, citado en Mc Cann y Pearlman, 1990) denominó a estas estructuras cognitivas como esquemas. Se trata de marcos mentales que incluyen creencias, prejuicios y expectativas sobre uno mismo y el mundo. A su vez, permiten a los individuos tomar decisiones y darle un sentido a su experiencia. Algunos de estos esquemas básicos implican creencias y suposiciones sobre la causalidad, la confianza en los sentidos, la identidad y las relaciones con el propio mundo (Mahoney, 1981, citado en Mc Cann y Pearlman, 1990).

En un estudio de revisión sobre la adaptación al trauma (McCann et al., 1988, citado en Mc Cann y Pearlman, 1990) los autores identificaron como fundamentales cinco necesidades psicológicas del ser humano, a saber: seguridad, dependencia/confianza, poder, estima e intimidad y en trabajos posteriores (1990) agregan otras dos necesidades: independencia y marco de referencia. Las

necesidades psicológicas se expresan mediante manifestaciones cognitivas llamadas esquemas; éstos se relacionan al modo como se experimenta el evento traumático y son modificados por el mismo. La propuesta de Mc Cann y Pearlman (1990) es entender los cambios que ocurren a nivel cognitivo en los esquemas, en el sistema de imágenes de la memoria, en los recursos del ego y sus capacidades, en los psicoterapeutas que trabajan con supervivientes de traumas.

Con el tiempo, el uso del término traumatización vicaria fue aplicado para referirse al desgaste emocional sufrido por distintos profesionales (policías, bomberos, personal sanitario, psicólogos, trabajadores sociales y voluntarios) que trabajan con personas supervivientes a situaciones traumáticas y/o contextos altamente estresantes. Otros términos similares son: *desgaste por empatía y estrés traumático secundario* (Martorell, 2014).

En cuanto a este concepto en la actualidad, se ha observado su estudio en el contexto de pandemia con profesionales de Psicología. Aafjes-van et al. (2020) evaluaron la traumatización vicaria en 339 psicoterapeutas que brindaron atención en línea a pacientes durante la Pandemia de COVID-19. Sus hallazgos reportan que el 15% de los psicoterapeutas reportaron índices altos de traumatización vicaria; además una edad más joven y menor experiencia clínica se asocia a un índice más elevado de traumatización vicaria. Concluyen que es necesario brindar un soporte emocional y profesional a los terapeutas más jóvenes durante una crisis sanitaria; proponen grupos de consulta entre pares, terapia personal y supervisión con

mentores. Además, describen la necesidad de realizar futuras investigaciones que permitan explorar las diferencias individuales asociadas con la susceptibilidad a desarrollar traumatización vicaria.

Así mismo, otros estudios como el de Li et al. (2020) durante la primera ola de la pandemia por COVID-19 en China evaluaron la traumatización vicaria en un total de 720 participantes; de esta muestra 214 corresponde a un público general, 234 enfermeras de primera línea y 292 enfermeras fuera de primera línea. El personal de primera línea obtuvo las puntuaciones más bajas respecto a traumatización vicaria; los investigadores consideran que puede relacionarse a que las enfermeras de primera línea contaban con mayor experiencia laboral y acceso a la información sobre el virus de COVID-19 desde el inicio de la Pandemia.

Por su parte, el constructo del burnout también ha sido abordado ampliamente por estudios durante el periodo de pandemia, especialmente en países como Ecuador (Vinueza Veloz et al., 2020) y Colombia (De Arco Paternina y Castillo Hernández, 2020) y en revisiones bibliográficas como el trabajo de Juárez García (2020). Dichos estudios evidencian la presencia de este fenómeno en el personal de salud.

2.1.3.3 Temor a la muerte

Estudiar el temor a la muerte desde el psicoanálisis, lleva a revisar como punto de partida una cita clásica de Freud sobre la representación mental de la muerte:

La muerte propia no se puede concebir; tan pronto intentamos hacerlo podemos notar que en verdad sobrevivimos como observadores. Así pudo aventurarse en la escuela psicoanalítica esta tesis: En el fondo, nadie cree en su propia muerte, o, lo que viene a ser lo mismo, en el inconsciente cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad (Freud, 1915, p. 290).

En otras palabras, no existe en el inconsciente una representación de la propia muerte, se carece de una vivencia previa sobre la misma, lo cual lleva a negar nuestra finitud. Al no haber esa huella perceptible, Freud equipara el miedo a morir como análogo al temor inconsciente a la castración.

Langer (1965, p. 122) agrega: “dado que la propia muerte nos es desconocida como experiencia vivencial, nos sirve de pantalla para proyectar sobre ella todas nuestras angustias infantiles conscientes e inconscientes”.

La misma, repasa la propuesta de Freud respecto a dos instintos antagónicos; el instinto de vida, al cual pertenecen los impulsos sexuales y de autoconservación y el instinto de muerte; para aproximarnos a la ampliación que realiza Klein (1960, citado en Langer, 1965) sobre el dualismo instintivo:

Sostiene que, si existe un instinto de muerte, éste debe tener también su representación en nuestro inconsciente. Para ella ya el recién nacido se ve expuesto al temor a la muerte experimentado como peligro de desintegración. El instinto de muerte es un componente fundamental de nuestras ansiedades básicas: la ansiedad paranoide (persecutoria) y la ansiedad depresiva (p. 123).

Abadi (1960) afirma que existe en el inconsciente un miedo a la aniquilación de la vida, él mismo considera el miedo a la muerte como la angustia fundamental del hombre, una angustia básica y omnipresente.

En sus palabras, todas las demás formas de ansiedad son en relación con ella, secundarias: no sólo en importancia sino también en el orden cronológico de su aparición. Abadi (1960) sostiene que reconocer la propia muerte se da en un plano intelectual, debido a la carencia de contenido vivencial sobre la misma que construya una experiencia subjetiva.

Sin embargo, presenta posibles situaciones que ayudan a acercarnos a la experiencia de nuestra propia muerte; una de ellas es la muerte ajena: “la muerte de un ser con el cual mantengo una relación afectiva: de algún modo, por los inevitables procesos de identificación, especialmente proyectiva, su muerte me hará vivenciar la muerte de ciertas partes mías” (Abadi, 1960, p.434). Otra posibilidad son las muertes parciales que ocurren en el sujeto de forma continua, y de las cuales puede tener la vivencia consciente o inconsciente. Otra postura que se analiza en el

escrito de Abadi (1960, p. 435) es pensar al hombre como “un ser para la muerte”, debido a que la vida tiene una dirección hacia la muerte desde su inicio, puede ocurrir en cualquier instante, está gobernando y dirigiendo todos mis actos, entonces esa eventual ausencia (muerte) es la que da sentido a la vida.

Explica, además que algunos comparan la angustia de muerte con la angustia ante lo desconocido, sin embargo, refiere que no hay en el hecho de la muerte, ni objeto cognoscible ni sujeto cognoscente, en otras palabras, la condición de desconocido implica la existencia de algo susceptible de ser conocido, lo cual no es posible con la muerte, siendo ésta comparación una fantasía optativa.

Ante el desconocimiento de la muerte aparecen las fantasías inconscientes. Abadi (1960) sugiere que éstas son:

Las vinculadas a las protovivencias del ser humano antes, durante e inmediatamente después de su nacimiento y a la correspondiente angustia arquetípica. Así la muerte será fantaseada -directa o simbólicamente- como regresión intrauterina o reinfección, como tránsito o mudanza y como desintegración o locura (p. 432).

A su vez las fantasías acerca de la muerte pueden apuntar a tres etapas distintas: al antes de la muerte, al durante el morir y al después de haber muerto. Las defensas psíquicas para hacer frente al peligro de la muerte, pueden ser mágicas

(al negar la angustia) o adherentes al principio de realidad (aparece la búsqueda de una forma de supervivencia).

Entre los mecanismos defensivos contra la angustia de muerte (logrados o fallidos, conscientes o inconscientes) cabe mencionar en primer término aquel proceso de desplazamiento, que supone una negación implícita del morir. Desplazamiento por el cual la real causa de la angustia – vale decir la amenaza o inminencia de muerte- es transferida sobre otras causas reales o irreales a las cuales se carga de este significado adicional reprimido. Estas otras causas ficticias, postuladas como equivalentes inconscientes de la muerte, son utilizadas como sustitutos precisamente porque parece más fácil defenderse contra ellas (la castración, por ejemplo). De ahí las múltiples defensas (fóbicas, obsesivas, etc.) destinadas a aplacar exitosamente angustias que, por representar en el inconsciente a la angustia de muerte, serían de otro modo inatacables (Abadi, 1960, p. 440).

Freud (1923) en su obra, revisa nuevamente el tema de la angustia de muerte:

La sonora frase, toda angustia es en verdad angustia ante la muerte difícilmente posea un sentido y, en todo caso, no se la puede justificar. Más bien me parece enteramente correcto separar la angustia de muerte de la angustia de objeto (realista) y de la angustia libidinal neurótica. Aquella plantea un serio problema al psicoanálisis, pues “muerte” es un concepto abstracto de contenido negativo (...) El único mecanismo posible de la

angustia de muerte sería que el yo diera de baja en gran medida a su investidura libidinal narcisista, y por tanto resignarse a sí mismo tal como suele hacerlo, en caso de angustia, con otro objeto. Opino que la angustia de muerte se juega entre el yo y el superyó (Freud, 1923, p. 58).

La emergencia de angustia de muerte puede manifestarse bajo dos condiciones que son análogas, por un lado, bajo el desarrollo ordinario de la angustia como reacción frente a un peligro exterior y, por el otro lado, como proceso interno, como ocurre en la melancolía (Freud, 1923). Por lo tanto, ¿Se puede pensar en la pandemia por COVID-19 como un equivalente al *peligro exterior* que haga emerger la angustia de muerte?

Se ha presentado en este apartado posturas contrapuestas dentro del psicoanálisis, sin embargo, tomar en consideración distintos enfoques dentro de la corriente psicoanalítica puede permitir un análisis más profundo de las vivencias subjetivas narradas por los participantes de las entrevistas y generar un debate sobre estos conceptos.

2.2. COVID-19 e impacto psicológico

2.2.1. *¿Qué implica el impacto psicológico?*

Ante la experiencia de un suceso adverso traumático o estresante, el impacto que puede tener el mismo en un individuo varía en reacciones a nivel psicológico y fisiológico (Gómez y Cárdenas López, 2016). No obstante, desde un modelo

dimensional, las reacciones postraumáticas que pueden ocasionarse requieren ser apreciadas en su grado e intensidad según las diferencias individuales en las dimensiones psicológicas, tales como la personalidad, emociones, cogniciones, autoestima y afrontamiento.

La persona que ha sufrido un evento de esta índole intenta darle sentido a esa experiencia a través de un ajuste emocional. En otras palabras, la valoración que se le dé al evento estresante o traumático tendrá relación con los recursos que tenga la persona, tanto en su afrontamiento como en la evaluación del suceso y sus secuelas. Entre estos recursos o factores, deben considerarse las cogniciones negativas sobre el mismo, las experiencias previas de exposición a eventos traumáticos similares, los niveles de activación y el miedo, el nivel intelectual, y problemas con sustancias; incluso, los autores refieren que el estilo de vida y las pautas culturales que posee el individuo puede influir de manera directa tanto a la evaluación como a las reacciones postraumáticas. Al hablar de impacto psicológico por la pandemia de COVID-19, no sólo se mencionan los aumentos en diferentes niveles de síntomas de psicopatologías, sino que entre sus causas se deben el aumento de las tareas y cargas de trabajo, horarios extenuantes y agitación emocional por la situación pandémica (Shah et al. 2022).

A continuación, se exponen las principales afecciones que se experimentaron como impacto psicológico ante la pandemia: Depresión, Ansiedad, Estrés e Insomnio, variables que son analizadas en esta investigación.

2.2.2. Depresión

La depresión es una enfermedad común y grave, que consiste en un bajo estado de ánimo, cuya duración se establece por un largo periodo de tiempo (OMS, 2023). La depresión forma parte de los trastornos del estado de ánimo. El concepto trastornos del estado de ánimo [TEA] se refiere a una diversidad de condiciones clínicas caracterizadas, fundamentalmente, por cambios del estado de ánimo y del afecto. El estado de ánimo es el estado emocional subjetivo de la persona y el afecto es lo objetivo o lo observable del estado de ánimo (Friedman y Schnurr, 1995)

Otros autores definen depresión como un TEA, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana (Fernández-López et al., 2012). Según Bucciarelli et al. (2022) esta afección psiquiátrica implica alteraciones en el estado de ánimo y conductuales, con un deterioro importante de la funcionalidad del individuo que afecta a su productividad y su vida personal, por lo que representa una de las afecciones con más elevados costes sociales y de salud en los países de mayor renta.

Diversos autores refieren que la depresión viene acompañada de síntomas de distinta índole, como psicológicos, conductuales, y fisiológicos. Al respecto, Fernández-López et al. (2012) expresan que entre los síntomas que se manifiestan para considerar la depresión se encuentran:

- El cansancio marcado o falta de energía, con o sin asociación.
- Irritabilidad
- Alteraciones de sueño, como el insomnio o el exceso de la necesidad de dormir.
- Aumento o pérdida del apetito

En relación a ello, otros síntomas comentados por la OMS (2023) son a nivel cognitivo y psicológico, tales como la afectación de la autoestima, pensamientos negativos sobre el futuro y relacionados a la muerte, sentimientos de culpa y dificultades en la concentración. Por otro lado, también se contempla la depresión no solo una manifestación psíquica, sino que los mecanismos que la acompañan la convierten en una enfermedad física. En ella, se encuentra afectado el sistema inmunológico, endocrino y nervioso, por lo que actualmente se considera como una desregulación de procesos homeostáticos cerebrales (Benavides, 2017).

Esta condición es responsable de las afecciones somáticas que tienen consecuencias en lo emocional, como la tristeza y en la voluntad, haciendo que el paciente no sólo sienta ese atravesamiento emocional, sino que también se sienta enfermo. El padecer psíquico que conlleva se ha transmutado en un sufrimiento que se siente en el estado físico de su cuerpo y se manifiesta como un trastorno del “hacer”, ya que quien la experimenta siente que su cotidianeidad implica un gran esfuerzo. Entre los síntomas físicos relacionados a la depresión como condición

clínica se encuentran los síntomas cardiacos, gastrointestinales, musculares, entre otros, que conllevan a que se vea afectada la calidad de vida, a un incremento de su morbilidad y de padecer otras enfermedades (Benavides, 2017).

La depresión es causada por la interacción compleja de factores sociales, psicológicos y biológicos, que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo. Asimismo, la vivencia de circunstancias traumáticas o adversas aumenta las posibilidades de sufrirla. En este estado de ánimo deprimido se experimenta la tristeza, la sensación de vacío, la irritabilidad y la pérdida de la capacidad para sentir interés o placer ante estímulos positivos (OMS, 2023). Los síntomas de depresión pueden tener su relación con factores de riesgos genéticos y ambientales, y examinar éstos como antecedentes podría ayudar a identificar personas con síntomas crónicos de depresión (Kwong et al., 2019). Entre los factores genéticos que exploraron como de mayor riesgo a tener una trayectoria de depresión, se encuentran el sexo y la depresión posparto de la madre. Las mujeres tienen mayor prevalencia respecto a sufrir depresión que los hombres. Entre los ambientales, estudiaron la violencia en la pareja entre los 2 y 4 años de edad del niño, ansiedades infantiles y bullying.

Con respecto a la pandemia por COVID-19, se vieron incrementados los niveles de estrés, depresión y ansiedad. Especialmente, la depresión ha surgido como una complicación a corto y largo plazo en cuanto al virus y el confinamiento, ya que se relaciona a la productividad laboral, a mayor sedentarismo, al aumento

del hábito de fumar, a una mala dieta e incluso a la discapacidad (Bucciarelli et al., 2022).

En Latinoamérica, hubo una alta prevalencia de síntomas de estrés, depresión y ansiedad, incluso mayor en Suramérica que en Centroamérica. Estos síntomas se observaron tanto a la población general como a los trabajadores de la salud (Zhang et al., 2021). Diversos estudios refieren que estar expuesto en primera línea como personal de salud ante una pandemia puede ser psicológica y mentalmente nocivo. Esta población presentó altos índices de depresión y ansiedad en todo el mundo (Li et al., 2021). En una revisión sistemática respecto al impacto de la pandemia en la salud mental de personal de enfermería, se evidenció la presencia de síntomas de ansiedad, depresión, estrés postraumático e insomnio. Entre los estudios revisados de diferentes países, la depresión fue la de menos prevalencia y la ansiedad con la mayor prevalencia.

La depresión fue común en el personal de salud, específicamente, en las enfermeras durante la pandemia (An et al., 2020). Altos niveles de depresión estaban asociados a variables como trabajar en hospitales de tercer nivel del sistema de salud, cuidados directos a pacientes diagnosticados con COVID-19 y el ser fumadoras. Consecuentemente, se presentaba mayor disminución en su calidad de vida, comparado a las enfermeras que no presentaron depresión. Esto puede deberse a la naturaleza de su trabajo en el cual debe tener contacto más frecuente y cercano

a los pacientes infectados, lo cual llevaba a sentir estrés y miedo, sobrecarga laboral, fatiga, impotencia, y el temor al riesgo de contagiarse (An et al., 2020).

En otra investigación se estudió a 800 enfermeros para ver el impacto del COVID-19 en la salud mental de los mismos (San Martín-Rodríguez et al., 2022). Más de la mitad de la muestra (68%) reportó algún nivel de depresión, ansiedad y estrés subjetivo a causa de la pandemia, y 38% presentó niveles moderados y severos de estos síntomas. Los autores comentan que la persistencia de la presión recibida durante las diferentes olas del virus entre el 2020 y 2021 se asoció a estos niveles presentados. El estudio señaló que las enfermeras podrían presentar mayores niveles de ansiedad y depresión que otro tipo de personal de salud (como médicos) ya que éstas presentan un tiempo de contacto mayor y más directo con los pacientes.

Resultados similares se observaron en otro estudio donde se observó que a mayor años de experiencia mayor prevalencia de ansiedad y depresión, no así con el estrés (Shah et al., 2022). Dichos autores encontraron diferencias en cuanto al género entre los/as enfermeros/as, ya que las mujeres tuvieron mayores problemas de salud mental, en cuanto a depresión, ansiedad y estrés, que los hombres. Además, el antecedente de contagio de COVID-19, y el tener familiares contagiados, estaba relacionado con mayores niveles de estas variables, comparado a aquellos que no habían tenido contagios (Shah et al., 2022).

Aunque diversos autores concuerdan que los trabajadores de la salud han reportado problemas de salud mental en cuanto depresión, ansiedad o problemas para dormir, es posible notar que la resiliencia y la percepción de apoyo social son factores que se presentan como de prevención y cuidado de los síntomas de estrés, depresión y pensamientos de muerte entre los trabajadores (Ortiz-Calvo et al., 2022).

2.2.3. Ansiedad

La ansiedad es una reacción de tensión o una respuesta emocional displacentera pero normal ante ciertas situaciones percibidas como estresantes, amenazantes o que pueden ser un peligro para el individuo (Fernández-López et al., 2012). En este estado las personas están en *modo amenaza*, ya que constituye un sistema complejo de respuestas que implican lo cognitivo, lo fisiológico, lo conductual y lo afectivo que se activan ante circunstancias valoradas como aversivas (Clark y Beck, 2021, citado en Díaz Kuaik y de la Iglesia, 2019). Su causa es más difusa y menos focalizada que los miedos, muchas veces presentándose sin causa aparente (Fernández-López et al., 2012).

La ansiedad tiene una base neurobiológica, ya que el sistema neuronal es el responsable de los procesos cognitivos y emocionales encargados de la preservación de la vida, entre ellos las reacciones de lucha y/o huida, que se vinculan con emociones como la ira, la ansiedad, el miedo y el amor (Cedillo Ildefonso, 2017).

La ansiedad es necesaria en determinadas situaciones e incluso adaptativa para el manejo de las exigencias habituales. En estos casos, su finalidad es guiar el comportamiento para lidiar con circunstancias anticipadas como aversivas o difíciles. En intensidad moderada impulsa y mejora el desempeño físico e intelectual, moviliza al sujeto para la resolución de problemas y favorece la adaptación en contextos novedosos o adversos (Barlow y Durand, 2001).

Cuando este estado supera los recursos del sujeto o sobrepasa su intensidad, es cuando se produce un malestar significativo y puede convertirse en ansiedad patológica. La ansiedad patológica es un temor inmotivado externamente, difuso ante su aparición, ya que se está centrado en la expectativa de que algo negativo e indefinido ocurra en el futuro, provocando en el individuo un gran malestar y alteraciones en su funcionamiento (Fernández-López et al., 2012).

Por otro lado, en cuanto a sus síntomas y manifestaciones, las emociones y conductas ligadas a la ansiedad se vinculan con la ira, el insomnio, la preocupación, angustia, el cansancio y dificultad para concentrarse, tensiones musculares, pérdida o aumento del apetito, y especialmente temores exagerados ante la situación reactiva, lo que tiene su impacto en la salud y en las relaciones sociales (Moreno Proaño, 2020). Otros síntomas asociados a la ansiedad son: nerviosismo, el cual se caracteriza por ser un estado de intranquilidad que dura poco tiempo; taquicardia, donde se acelera la frecuencia cardíaca; y sudoración (Fernández-López et al., 2012).

Con respecto a la situación pandémica causada por el COVID-19, los síntomas de ansiedad a nivel cognitivo pueden ser el catastrofismo, el filtraje negativo (donde se seleccionan y se presta atención sólo a los detalles negativos o aspectos que provocan malestar), la sobregeneralización y la interpretación del pensamiento (el creer conocer lo que la otra persona piensa). La pandemia COVID-19 parece haber aumentado de manera significativa la demanda por ansiedad entre las atenciones psicológicas (Moreno Proaño, 2020).

En este tema, resulta de interés el estudio realizado por González-Rivera et al. (2020) donde apuntaron a validar una escala de ansiedad ante el COVID-19 en la población hispanohablante. La base de ello surgió en que el miedo y la atención excesiva ante la información circundante y a las medidas respecto al COVID-19 dispararon en gran medida los niveles de sensibilidad a la ansiedad. Entre los síntomas relacionados a la ansiedad y miedo que se presentan relacionados al virus surgen:

- Los mareos ante la exposición de información sobre el COVID-19.
- Alteraciones del sueño, provocado por el pensamiento y atención excesiva de esta información.
- La incapacidad de moverse, hablar o gritar, siendo este modo en lo teórico como una respuesta que se activa cuando el individuo percibe algo peligroso, traumático o inesperado.

- Pérdida de apetito.
- Síntomas relacionados al sistema digestivo, como náuseas o problemas estomacales.

Siguiendo esta línea, estudios han encontrado que la pandemia perjudicó la salud mental de la población en general, especialmente, en cuanto a los niveles de ansiedad que se vieron incrementados por ello, junto con la percepción de una peor calidad de vida, referido al funcionamiento social (Plunkett et al., 2021). Inclusive, se ha encontrado que en personas que reportaron no tener niveles de depresión y ansiedad antes de la pandemia, o con síntomas leves, las mismas percibieron un aumento elevado y alarmante de estos síntomas durante el periodo de 2021. Un 61% de la muestra reportó un aumento en los síntomas de depresión y un 44% en los síntomas de ansiedad (Plunkett et al., 2021).

Un aspecto asociado al aumento de ansiedad fue el consumo frecuente de información relacionada al COVID-19 en los medios de comunicación durante el confinamiento. Este impactaba negativamente en la salud mental de la población, y se asociaba con un aumento en síntomas de ansiedad y depresión (Neill et al., 2021). Resultados similares se observaron en otro estudio donde la existencia de altos niveles de ansiedad por el virus se relacionaba con la cantidad de horas de exposición a la información relacionada a la situación pandémica y a las personas cercanas (amigos y familiares) diagnosticadas con éste (Vivanco-Vidal et al., 2020). En este sentido, la infodemia, no sólo fue promotora de experiencias de

estigmatización para el personal de salud, sino de fuente de ansiedad para la población en general.

Sumado al tiempo de exposición y el mayor foco a la información circundante sobre el virus, también el mantenimiento de rutinas y el ejercicio son factores protectores involucrados en la ansiedad y depresión por el COVID-19. En un estudio realizado en la población ecuatoriana, el tener rutinas regulares diarias y la realización de ejercicio físico se relacionó con menores síntomas de ansiedad y depresión (Paz et al., 2020).

Otras investigaciones se han centrado en la salud mental de los trabajadores sanitarios que estuvieron en primera línea ante la pandemia por el virus, relacionando el estrés y el miedo al contagio a altos niveles de ansiedad, depresión y estrés en comparación al resto de la población, que incluso han llevado a síntomas de estrés postraumático y problemas significativos para dormir (Becerra García et al., 2022; Lu et al. 2021; Li et al., 2021). No obstante, el tener mayor entrenamiento médico y un tipo de afrontamiento activo fueron predictores de menores niveles de ansiedad y somatización (como dolores de cabeza, musculares y cansancio) entre el personal médico (Becerra-García et al., 2022).

Entre otros factores predictores de ansiedad en el personal de salud durante la pandemia, un estudio realizado evidenció que el género, el tiempo y lugar de trabajo, y el contacto con pacientes diagnosticados con COVID-19 y con sospecha de infección de SARS-CoV-2 fueron factores predictores de la alta prevalencia de

ansiedad encontrada en un grupo de enfermeras (Dziedzic et al., 2022). Un nivel significativamente alto de síntomas de ansiedad fue observado en las enfermeras mujeres comparado a enfermeros hombres. Además, presentaron mayores niveles de ansiedad aquellas personas que llevaban más años de experiencia, que trabajaban en hospitales con salas o unidades de infección y empleados en residencias asistidas.

Asociado con el estigma social experimentado por los trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19, se observó que este impactó en el bienestar psicológico de los mismos, ya que se vieron incrementados el miedo, la ansiedad, cambios de hábitos, y restricciones en sus actividades sociales para evitar discriminación por su trabajo, lo que llevó a aumentar su aislamiento social (Kalal et al., 2023).

2.2.4. Estrés

El concepto de estrés ha evolucionado con el tiempo y con frecuencia se mezcla con otros conceptos como ansiedad, conflicto, frustración, perturbación emocional, trauma, alienación y anomia (Gutiérrez Méndez, 2022). La conceptualización de este término se fundamenta en tres enfoques. En primer lugar, la idea de que el estrés surge como una respuesta que involucra los aspectos biológicos y psicológicos del organismo, hasta el punto de que Hans Seyle (quien se considera el padre del estudio del estrés) presenta un número considerable de investigaciones basadas en esta estrategia (Gutiérrez Méndez, 2022). El segundo

enfoque, por otro lado, asume que el estrés actúa como un estímulo, refiriéndose a esto como una ocurrencia e influencia directa y únicamente a la persona que lo ostenta. Por último, pero no menos importante, Lazarus (1996, citado en Gutiérrez Méndez, 2022) enfatiza la importancia crítica de los factores psicosociales en la función psíquica de una persona y cree que el estrés es un proceso de transacción dado entre la persona y el medio ambiente.

Existen factores que dificultan que un individuo maneje situaciones estresantes. La evaluación cognitiva que la persona hace de la situación juega un papel fundamental en este proceso porque establece el por qué y el alcance del proceso, el discernimiento, la discriminación y la selección de la actividad como respuesta. Primero se clasifica el estímulo como irrelevante, benigno, positivo o estresante antes de pasar al análisis de la respuesta potencial, también conocida como etapa de afrontamiento, en la que la relación entre el individuo y su entorno puede verse como una fuente de estrés o como desencadenante de diferentes emociones.

Se han diferenciado tres tipos de estrés psicológico: daño o pérdida, amenaza y desafío (Lazarus, 2000):

- El *daño/pérdida* se vincula con el perjuicio o pérdida que ya se ha producido.

- La *amenaza* se relaciona con daño o pérdida que no se ha producido aún, pero que es posible o probable en un futuro cercano.
- El *desafío* consiste en la sensibilidad de que, aunque las dificultades se interponen en el camino del logro, pueden ser superadas con entusiasmo, persistencia y confianza en uno mismo.

Además, los síntomas que aparecen durante la respuesta aguda a la amenaza están relacionados con los que se observan en el TEPT y otros síntomas neuropsiquiátricos posteriores a eventos traumáticos (Perry, 2014). De hecho, el TEPT, como trastorno, tiene su origen en la persistencia desadaptativa de respuestas inapropiadas y adaptativas presentes durante el estrés traumático. El cerebro humano es el órgano que media tanto las respuestas desadaptativas como las adaptativas relacionadas con el estrés traumático (Perry, 2014).

El TEPT es un síndrome clínico que puede desarrollarse después de estrés traumático extremo, siempre que se cumplan los criterios diagnósticos. El primero es un estrés traumático extremo acompañado de miedo intenso, horror o comportamiento desorganizado.

Los tres siguientes son los grupos de síntomas (Perry, 2014):

- 1) Persistente reexperimentación del acontecimiento traumático, como juegos repetitivos o pensamientos intrusivos recurrentes.

- 2) Evitación de las señales asociadas con el trauma o entumecimiento emocional.
- 3) Persistencia de la hiper-reactividad o activación fisiológica.

Finalmente, los dos últimos criterios de diagnóstico se refieren a la duración y la desactivación de los síntomas. Los signos y síntomas deben estar presentes durante más de un mes después del evento traumático y provocar alteraciones clínicamente significativas en el funcionamiento. Se considera que una persona tiene trastorno de estrés agudo, cuando se cumplen estos criterios durante el mes siguiente a un evento traumático (Perry, 2014). El TEPT se caracteriza además como agudo cuando están presentes por menos de tres meses, crónico por más de tres meses o retraso en el inicio, cuando los síntomas se desarrollan inicialmente seis meses o más, después del trauma.

En cuanto a los estudios relacionados con el incremento de estrés durante la pandemia por COVID-19, en su mayoría han sido abordados en relación con la depresión y la ansiedad en el personal de salud (An et al., 2020; Becerra García et al., 2022; García-Vivar et al., 2022; Lu et al., 2021; Ortiz-Calvo et al., 2022; San Martín-Rodríguez et al., 2022).

2.2.5. Insomnio

El insomnio es un trastorno del sueño consistente en la imposibilidad para iniciar o mantener el sueño, o de conseguir una duración y calidad de sueño

adecuada para restaurar la energía y el estado de vigilia normal (Sarrais y de Castro Manglano, 2007). El insomnio se ha relacionado con una disminución de la productividad en el trabajo, un aumento en la frecuencia de accidentes automovilísticos y una mayor propensión a contraer enfermedades.

Para el diagnóstico de insomnio, se considera la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, y que dure al menos un mes y que, además, se acompañe de fatiga diurna, sensación de malestar personal significativo y deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad personal (Sarrais y de Castro Manglano, 2007).

Los trastornos del sueño son un motivo de consulta frecuente, tanto en medicina general como en psiquiatría. Más del 50% de los pacientes de atención primaria se quejan de insomnio si se les pregunta por el sueño, pero sólo el 30% lo mencionan a su médico de cabecera por iniciativa propia, y sólo el 5% acuden al médico con el objeto principal de recibir tratamiento para este problema. Se estima que de un 10% a un 15 % de la población adulta padece insomnio crónico (Sarrais y de Castro Manglano, 2007). La prevalencia del insomnio como síntoma de alguna enfermedad es también elevada, ya que se estima que un 50% de los adultos sufren insomnio en algún momento de la vida y que un 25 a 35% ha padecido insomnio ocasional o transitorio acompañando al estrés de situaciones vitales. Desde una perspectiva de salud pública, es fundamental enfatizar que practicar una buena higiene del sueño debería tener un impacto positivo en la reducción de las

complicaciones provocadas por enfermedades crónicas, como la hipertensión o la diabetes, entre otras, brindando a los pacientes una mejor capacidad para manejar la enfermedad.

Diferentes estudios han mostrado la influencia negativa de la pandemia sobre el sueño. El insomnio ha sido causado con frecuencia por el estrés y la ansiedad, pero ocasionalmente también ha sido provocado por cambios en el estilo de vida o el uso de dispositivos electrónicos justo antes de acostarse (Medina-Ortiz et al., 2021). Sin embargo, la pandemia no tiene precedentes y las herramientas que se han utilizado para evaluar los trastornos del sueño no están destinadas a medir el insomnio en estas circunstancias. Aun así, esto no ha impedido que los investigadores traten de cuantificar los efectos perjudiciales sobre el sueño, lo que los llevó a sus hallazgos iniciales de que el insomnio parece estar relacionado con el sexo femenino, la juventud, las personas con antecedentes de enfermedad mental y la forma en que las personas perciben el virus (por miedo a propagarlo). El sistema inmunológico también puede verse afectado por la falta de sueño, lo que aumenta el riesgo de problemas respiratorios en pacientes con COVID-19 (Medina-Ortiz et al., 2021).

Es importante destacar, que durante la cuarentena, se debían tener en consideración los aspectos básicos de la higiene del sueño, como levantarse siempre a la misma hora y no utilizar aparatos electrónicos dos horas antes de acostarse, entre otros, así como, tratar de recibir la luz del sol durante el día, y practicar rutinas

de relajación en casa, al igual que no empaparse a diario con el conteo de personas infectadas o de muertes anunciadas en la televisión o en las redes sociales (Medina-Ortiz et al., 2021), tal como se ha desarrollado en cuanto al exceso de información relacionado al COVID-19 y su impacto en la salud mental.

Particularmente asociado al personal de salud, diversos estudios tratados en capítulos anteriores reflejan evidencia del aumento de los porcentajes de insomnio en esta población debido a la pandemia (Lai et al., 2020); Rossi et al., 2020; Santamaría et al., 2020; Shechter et al., 2020). Un estudio en Ecuador que buscaba relacionar los estados emocionales negativos de ansiedad, depresión y estrés con el insomnio en el personal de salud durante la pandemia encontró que en la distribución de los estados emocionales negativos 39 miembros del personal de salud presentaron depresión predominando el 29,4% leve y el 7,4% extremadamente severa, ansiedad con el 26,5% leve y el 13,1% extremadamente severa, 39 miembros con estrés, en su mayoría leve (23,5%) y un menor porcentaje (8,9%) extremadamente severo, 27 miembros del personal de salud (39,7%) presentaron insomnio por debajo del umbral (Vaca y Mayorga, 2021). En el análisis correlacional del insomnio con los estados emocionales negativos, se evidenció una correlación positiva significativa con depresión, ansiedad y estrés.

2.3. Distrés peritraumático relacionado al COVID-19

El distrés peritraumático es un estado de funcionamiento psicológico que se desarrolla en respuesta a un evento que ocurre durante o poco después del trauma e

incluye conductas, emociones, pensamientos y síntomas relacionados con el estrés (Gutiérrez Méndez, 2022). Para valorar el distrés peritraumático en torno a la pandemia por COVID-19, la Dra. Jianyin Qiu y sus colaboradores (2020), tomaron como referencia los estudios sobre angustia peri traumática y su correspondiente inventario desarrollado por Brunet et al. (2001).

El distrés peritraumático es el tipo de estrés dañino que provoca respuestas emocionales (Gutiérrez Méndez, 2022), cambios relacionados al comportamiento, las funciones cognitivas, al ciclo de sueño-vigilia y a diversos síntomas corporales, debido a la pandemia por COVID-19 (Pedraz et al., 2020). En algunos estudios se ha evidenciado que el distrés peritraumático suele ser más frecuente en mujeres. En una investigación el 65% de las evaluadas, presentaron distrés peritraumático versus 53% de varones. Estudiar estas diferencias entre hombres y mujeres es esencial para generar estrategias que permitan disminuir estos resultados con el tiempo (Ortega Mogrovejo, 2022).

En el contexto del COVID-19, aquellos sentimientos que los profesionales de la salud muestran durante su desarrollo, como miedo, labilidad emocional, preocupación, alteración del sueño, cambio en la dieta, se conocen como los sentimientos físicos y cognitivos que típicamente ocurren en las personas inmediatamente después de que ocurre el incidente. Esto tiene un impacto en el desempeño laboral regular.

En una revisión se encontró que, en 23 de 24 estudios, tanto transversales como prospectivos, la angustia peritraumática se asoció con al menos uno de los resultados psiquiátricos distintos del trastorno de estrés postraumático, incluido el trastorno de estrés agudo, la ansiedad, la depresión, las alteraciones del sueño, el duelo traumático, los trastornos alimentarios, el dolor catastrófico y el malestar psicológico (Vance et al., 2018).

Por otro lado, los autores Thomas et al. (2012, citados en Megalakaki et al., 2021) argumentaron que, a diferencia del TEPT, la angustia peritraumática no es un rasgo, sino más bien una condición que se espera que disminuya con el tiempo. Un análisis futuro que evalúe diferentes estudios longitudinales, que han utilizado la escala CPDI (para el distrés peritraumático por COVID), brindará información precisa si este constructo tiene un comportamiento similar a la angustia peritraumática, respecto a su disminución de síntomas a medida que pasa el tiempo.

Cuando se trata de la disminución de estos síntomas (depresión, ansiedad, estrés, insomnio y distrés peritraumático), es necesario mencionar las estrategias de afrontamiento, que ponen en funcionamiento el personal de salud para lidiar con este impacto emocional en un contexto de crisis sanitaria. Por ello, se aborda esta variable en el apartado siguiente para comprender su posible efecto moderador en los síntomas psicológicos estudiados.

2.4. Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento son los esfuerzos cognitivos y conductuales utilizados para controlar, reducir o aprender a tolerar las amenazas que conducen al estrés (Feldman, 2017), es decir, son acciones concretas que permiten modificar las condiciones del estresor (Morán et al., 2010).

Se han propuesto tres tipos de estrategias: enfocadas en las emociones, en los problemas y por evitación. Se distingue el afrontamiento enfocado en las emociones, donde el sujeto busca cambiar la forma en la que se siente o en la cual percibe el estresor (por ejemplo: buscar el lado positivo de la situación) (Morán et al., 2010). El afrontamiento enfocado en los problemas es aquel donde se intenta modificar la fuente de estrés (ejemplo: practicar intervalos de descanso en la jornada laboral). El afrontamiento por evitación, en la cual el sujeto recurre a pensamientos ilusorios o utiliza rutas de escape (por ejemplo: consumo de drogas). Por lo general, la mayoría de las personas utilizan ambas estrategias centradas tanto en los problemas como en las emociones, ya que cuando se observa que una situación no puede ser modificada, los sujetos se apoyan de las emociones y viceversa.

Feldman (2017) incluye además los mecanismos de defensa, que son estrategias inconscientes descritas desde la postura psicoanalítica. Se puede mencionar dos estrategias de afrontamiento (Chilón Díaz, 2021):

- Estrategias activas: están dirigidas al problema y se caracterizan por el análisis de circunstancias, la reflexión de posibles soluciones, estrategias de anticipación a un desastre, el control de las emociones y la búsqueda de apoyo social.
- Estrategias pasivas: se basa en la adopción de ciertos comportamientos como el tratar de no pensar, ignorar, negar o rechazar el problema y adoptar una actitud pasiva frente a los diversos factores estresores.

Es por ello, que la estrategia para afrontar distintas situaciones es el recurso psicológico que las personas activan, para enfrentar acontecimientos de estrés. Si bien es cierto que se ponen en funcionamiento, esto no garantiza específicamente el triunfo, pero sí puede reducir o prevenir los problemas, contribuyendo a fortalecer los beneficios (Amarís, 2013 citado en Contreras Díaz, 2022). Este conjunto de estrategias es un esfuerzo que se realiza para el control del estrés. Muchas veces, el sujeto usa una técnica, para afrontar el estrés de forma inconsciente y cuando el estrés no es tratado de forma adecuada, tiende a volver con mayores intensidades e incrementando los riesgos de dejar una secuela grave (Chipana, 2016 citado en Contreras Díaz, 2022).

Por lo tanto, el objetivo de la técnica de afrontamiento es mantener el bienestar mientras se intenta contrarrestar los efectos negativos de la situación estresante (Contreras Díaz, 2022). Al hablar de esfuerzos de los sujetos (que pueden

acentuar o mitigar el efecto del evento estresante) los afrontamientos individuales utilizados en ese ambiente han logrado trascendencia en el estudio sobre el estrés en el lugar de trabajo (Teixeira, et al., 2016 citado en Contreras Díaz, 2022).

El estrés laboral y las estrategias de afrontamiento en personal de salud han sido efecto de diferentes estudios. En cuanto a la estrategia más utilizada por la población estudiada (el personal de salud) se encuentra que la mayor parte se dirigen a tomar precaución para que no suceda nuevamente, plantear una acción para que se resuelva y analice los problemas de manera objetiva (Gallego et al., 2017 citado en Contreras Díaz, 2022).

En el caso de la pandemia del COVID-19, los profesionales de la salud han sido una de las poblaciones más golpeadas por la pandemia al encontrarse en primera línea de defensa en contra del COVID-19, y necesitan ciertas estrategias de afrontamiento para mantener un bienestar psicológico óptimo (Soto Terrones, 2021). Una revisión en la que se analiza la correlación entre estas variables durante el contexto de pandemia, se encontró que las estrategias de afrontamiento influyen de manera significativa en que el individuo presente un mayor o menor bienestar. Se puede destacar que las estrategias relacionadas a la búsqueda de soporte social y afrontamiento activo resultaron más eficaces para afrontar las situaciones estresantes derivadas de la pandemia, a diferencia de estrategias evitativas que tuvieron un impacto negativo en el bienestar psicológico.

Otras variables estudiadas asociadas a las estrategias de afrontamiento son la resiliencia, la percepción de riesgo y el miedo a la infección, las cuales han demostrado funcionar también como factores mediadores en la relación entre el evento estresante y el bienestar psicológico. En un estudio con personal de salud se encontró que, aunque 1 de cada 3 profesionales del personal presentaba diferentes medidas de ansiedad y depresión, la resiliencia y afrontamiento de los participantes se encontraban en un nivel óptimo, lo que les permitiría sobrellevar las dificultades que implica enfrentarse a los efectos negativos de la pandemia (Peñafiel-León et al., 2021).

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3. Diseño de investigación y tipo de estudio

El presente estudio se apoya en un diseño de investigación mixto (Hardy & Llewelyn, 2015; Mark, 2015; Morse, 2003), que combina dos ramas de investigación con distintos enfoques (cuantitativo y cualitativo) para abordar diferentes aspectos de un mismo fenómeno. Para combinar las ramas, se opta por un diseño concurrente parcialmente integrado con igualdad de condiciones (Leech y Onwuegbuzie, 2009). Cada rama se condujo y se analizó por separado, para luego proceder a integrar los resultados en la fase de interpretación de los datos. Ambas ramas tuvieron igual importancia durante la integración y se enfocaron en aspectos diferentes del problema.

Para la rama cuantitativa se utilizó un diseño no experimental de corte transversal (Howitt y Cramer, 2020), con un enfoque nomotético (se utilizan los datos para identificar y comprender modelos que describen a la muestra como una entidad única--grupo de individuos--y no como individuos aislados. Este enfoque permite entender las similitudes entre los participantes.) y objetivos confirmatorios y exploratorios. Esta rama se enfoca en los objetivos específicos OE1, OE2, OE3 y OE4. Para la rama cualitativa se dispuso de un diseño descriptivo-interpretativo orientado al descubrimiento basado en el análisis de discurso (Badilla, 2002), que permitió responder a los objetivos específicos OE5 y OE6.

3.1. Rama cuantitativa

3.1.1. Población y muestra

Se obtuvo una muestra por conveniencia mediante técnica de muestreo de bola de nieve, conformada por 124 profesionales de la salud (excluyendo médicos).

Se trata de una muestra no probabilística, ya que los sujetos no han sido seleccionados al azar, sino de forma intencional (Hernández Sampieri y Mendoza Torres, 2018).

La mayoría de los participantes fueron mujeres (77.4%) con una mediana de 35 años de edad ($RIC [1,3] = [29, 45]$). Esta muestra se obtuvo con el objetivo de ser representativa de los profesionales sanitarios que trabajaban en instituciones públicas y privadas de salud durante los meses de septiembre a diciembre del 2020 de la pandemia por COVID-19 en Panamá.

Como criterios de inclusión, se consideraron los siguientes:

- Ejercer como instrumentistas quirúrgicos, laboratoristas, personal de enfermería, técnicos en radiología, técnicos en urgencias médicas y terapeutas respiratorios.
- Tener un mínimo de un año ejerciendo su profesión en el mismo lugar de trabajo.
- Trabajar para el sistema de Salud Pública y/o privada en Panamá

- Contar con una herramienta digital propia (smartphone, Ipad o computadora) donde recibir y contestar el cuestionario y entrevista.

Como criterio de exclusión (por disposición del Comité Nacional de Bioética de la Investigación en Panamá) se define:

- Ser médico.

3.1.2. Variables cuantitativas de estudio

En la siguiente tabla se observan las definiciones conceptuales y operacionales de las variables cuantitativas de este estudio.

Tabla 1*Definiciones conceptuales y operacionales de las variables cuantitativas*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Edad y sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Edad cronológica calculada a partir de la fecha de nacimiento. • Sexo biológico asignado al momento del nacimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se evalúa mediante un Cuestionario de características sociodemográficas y laborales ad hoc.
Exposición a Pacientes con diagnóstico de COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> • Se refiere a las funciones laborales que involucren intervenciones de diagnóstico y cuidado con pacientes infectados con la enfermedad de COVID-19, que impliquen el riesgo de contagio en el personal sanitario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se clasificó a los participantes en personal de primera línea, indicando los que trabajan directamente con los pacientes en intervenciones y personal de segunda línea, indicando el personal que trabaja con muestras de pacientes para análisis o que indirectamente están expuestos al virus en un hospital.
Distrés Peritraumático relacionado a COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> • Se refiere a los cambios relacionados al estado del ánimo, al comportamiento, las habilidades cognitivas, al ciclo sueño-vigilia y a diversos síntomas somáticos, debido a la Pandemia por COVID-19 (Qiu et al., 2020). 	<ul style="list-style-type: none"> • Se mide a través del Índice de Distrés Peritraumático relacionado a COVID-19 [CPDI], el cual brinda una puntuación global en niveles: ausencia de estrés significativo; estrés leve a moderado y estrés severo.

Ansiedad

- La ansiedad es una reacción de tensión o una respuesta emocional displacentera ante ciertas situaciones percibidas como estresantes o amenazantes (Fernández-López et al., 2012). Constituye un sistema complejo de respuestas que implican lo cognitivo, lo fisiológico, lo conductual y lo afectivo que se activan ante circunstancias valoradas como aversivas (Clark y Beck, 2021, citado en Díaz Kuaik y de la Iglesia, 2019).
- Se define en niveles leve, moderada, severa y extremadamente severa, medida a través de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés [DASS-21].

Depresión

- Consiste en un bajo estado de ánimo (OMS, 2023), que puede considerarse un trastorno transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas de la vida cotidiana (Fernández-López et al., 2012).
- Se define en niveles leve, moderada, severa y extremadamente severa, medida a través del DASS-21.

Estrés	<ul style="list-style-type: none"> ● El estrés es la respuesta de una persona ante sucesos que percibe como algo amenazador o difícil o para lo cual carece de los recursos para enfrentarlo con eficacia (Feldman, 2017). Se observa en síntomas tales como tensión, irritabilidad y activación persistente, como respuesta a un estresor. ● Se define en niveles leve, moderado, severo y extremadamente severo, medido a través del DASS-21.
Insomnio	<ul style="list-style-type: none"> ● El insomnio es un trastorno del sueño consistente en la imposibilidad para iniciar o mantener el sueño, o de conseguir una duración y calidad de sueño adecuada para restaurar la energía y el estado de vigilia normal (Sarrais y de Castro Manglano, 2007). ● Se evalúa a través de la Escala de Insomnio de Atenas [AIS], cuyas pautas de diagnóstico están comprendidas en los Trastornos del inicio y del mantenimiento del sueño de acuerdo con el CIE 10.
Estrategias de afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> ● Son los esfuerzos cognitivos y conductuales por controlar, reducir o aprender a tolerar el estrés (Feldman, 2017), es decir, son acciones concretas que permiten modificar las condiciones del estresor (Morán et al., 2010). Pueden clasificarse en modos de afrontamiento ● Se evalúan mediante la Escala COPE 28. Se obtuvo la mediana de las puntuaciones de la escala en formato likert (0 a 3), para determinar la estrategia más frecuentemente utilizada.

centrados en los problemas, en las emociones y por evitación.

Fuente: Elaboración propia, 2024.

3.1.3. Instrumentos de recolección de datos cuantitativos

Para la recolección de datos de esta investigación se creó un cuestionario en línea a través de la plataforma de Google Forms conformado por seis partes: una Hoja de Información y Consentimiento Informado (Anexo 1). En esta primera parte se explicó el objetivo de la investigación, se proporcionó los datos del investigador, el número de aprobación del estudio por el Comité de Bioética y se incluyó información sobre que se garantiza la confidencialidad de los datos y se aclaró que la participación es voluntaria. En la segunda parte, se confeccionó un cuestionario ad-hoc para capturar datos sociodemográficos y laborales (Anexo 2) y en las partes siguientes se proporcionan las cuatro escalas psicométricas desarrolladas por autores para evaluar distintos constructos psicológicos: CPDI (Anexo 3), DASS-21 (Anexo 4), IAS (Anexo 5) y Escala COPE 28 (Anexo 6).

3.1.3.1. Cuestionario de características sociodemográficas y laborales

Se trata de una encuesta ad hoc, con preguntas abiertas y cerradas que permite recabar información específica para describir la muestra de la investigación (Hernández Sampieri y Mendoza Torres, 2018).

Este apartado indaga sobre variables sociodemográficas y circunstanciales a la pandemia: edad, género, ocupación, nivel de escolaridad, estado civil, viviendo con (sin) familia, provincia, antecedentes de enfermedades crónicas, antecedentes de trastornos psiquiátricos, número de horas trabajadas por semana, participación en espacio/ líneas de ayuda para asistencia psicológica (programas de soporte emocional COVID-19). Se añaden dos preguntas optionales, a saber, lugar de trabajo (institución pública/ privada) y si ha sido contagiado por COVID-19.

3.1.3.2. Índice de Distrés Peri-traumático relacionado a COVID-19 [CPDI]

Este instrumento mide los cambios relacionados al estado del ánimo, al comportamiento, las habilidades cognitivas, al ciclo sueño-vigilia y a diversos síntomas somáticos, debido a la pandemia por COVID-19 (Qiu et al., 2020). Consta de 24 ítems, los cuales representan a una de las cuatro dimensiones: D1: Estado de ánimo negativo, D2: Cambios en el comportamiento y en las habilidades cognitivas, D3: Cansancio e hiperreactividad y D4: Somatización.

También se puede obtener una puntuación global, que fue la utilizada en el presente estudio como indicador de la variable distrés peritraumático relacionado con COVID-19. Se utilizó la versión en castellano traducida por Pedráz-Petrozzi y colaboradores (2020). En el presente estudio, la confiabilidad interna del cuestionario medida por medio del Alfa de Cronbach fue adecuada ($\alpha=0.89$).

Tabla 2

Puntos de corte para el CPDI

Nivel de estrés	Puntuaciones
Ausencia de estrés significativo	<29
Estrés leve a moderado	29-52
Estrés severo	>52

Fuente: Qiu et al., 2020.

3.1.3.3. Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés [DASS-21]

La Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés tiene como objetivo evaluar la presencia e intensidad de estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés (Henry & Crawford, 2005). Consta de tres subescalas para evaluar cada componente por separado, con siete ítems cada una. Se responde de acuerdo con la presencia e intensidad de cada síntoma en la última semana en una escala de respuesta tipo Likert de 0 a 3 puntos.

Los ítems de cada subescala se suman y se multiplican por dos, para encontrar una clasificación de la severidad de los síntomas según la Tabla 3.

En el presente estudio se obtuvo una confiabilidad interna adecuada para las tres subescalas ($\alpha_{\text{Depresión}}=0.86$, $\alpha_{\text{Ansiedad}}=0.81$, $\alpha_{\text{Estrés}}=0.86$).

Tabla 3*Puntos de corte para las subescalas de la prueba DASS-21*

Severidad	Depresión	Ansiedad	Estrés
Normal	0-9	0-7	0-14
Leve	10-13	8-9	15-18
Moderada	14-20	10-14	19-25
Severa	21-27	15-19	26-33
Extremadamente severa	>28	>20	>34

Fuente: Henry & Crawford, 2005.

3.1.3.4. Escala de Insomnio de Atenas [IAS]

Es un instrumento diseñado para evaluar la gravedad del insomnio no orgánico (Soldatos et al., 2000), basado en los criterios de diagnóstico de la Clasificación Internacional de las Enfermedades [CIE-10]. Comprende ocho elementos, los primeros cuatro abordan el dormir cuantitativamente, el quinto reactivo la calidad del dormir y los últimos tres el impacto diurno. Se pide a los participantes que califiquen cada uno de los ítems de 0 (sin problema alguno) a 3 (problema muy grave), si han experimentado alguna dificultad para dormir al menos tres veces por semana durante el período de al menos 1 mes.

El puntaje total varía de 0 a 24. Un punto de corte igual a 6 o más permite distinguir a aquellas personas que presentan problemas de insomnio.

En este estudio, la consistencia interna de las escalas fue $\alpha=0.90$.

3.1.3.5. Escala COPE 28

Es la versión española del Brief COPE, escala abreviada y ampliamente utilizada del *COPE Inventory* (Carver et al., 1989; Carver, 1997) que ha demostrado ser de utilidad para evaluar las estrategias de afrontamiento en investigaciones en salud.

Para esta investigación se eligió un inventario de 28 ítems que se responde en una escala ordinal tipo Likert de 4 alternativas de respuesta (de 0 a 3), entre “nunca hago esto” a “hago siempre esto” con puntuaciones intermedias (Morán et al., 2010). Los 28 reactivos se organizan en tres subescalas que corresponden a tres grandes grupos de estrategias de afrontamiento: centrado en el problema, centrado en la emoción y centrado en la evitación.

Así mismo se mencionan a continuación las 14 subescalas que componen el instrumento original (Morán et al., 2010):

1. Afrontamiento activo: implica acciones directas, ya sea incrementar los propios esfuerzos para eliminar o reducir la fuente del estresor.
2. Planificación: trata de aquellos pensamientos acerca de cómo afrontar el estresor mediante estrategias de acción, medidas en pasos con una determinada dirección de los esfuerzos a realizar.
3. Apoyo instrumental: hace referencia a buscar ayuda o consejo de personas que son competentes acerca de lo que debe hacer.

4. Uso de apoyo emocional: se trata de conseguir apoyo afectivo, empatía y comprensión.
5. Auto-distracción: implica la concentración en otras actividades, para evitar concentrarse en el estresor.
6. Desahogo: hace referencia al aumento de la conciencia del propio malestar, acompañado de la expresión o descarga de sentimientos.
7. Desconexión conductual: se busca reducir los esfuerzos en términos de comportamientos para tratar con el estrés.
8. Reinterpretación positiva: se busca el lado positivo y favorable del problema.
9. Negación: implica no poder aceptar la realidad del suceso estresante.
10. Aceptación: se trata de comprender el hecho de lo que está ocurriendo, de que es real el suceso estresante.
11. Religión: implica la tendencia a buscar la religión en momentos de estrés, mediante la participación en actividades religiosas o espirituales.
12. Uso de sustancias (alcohol, medicamentos): indica tomar alcohol u otras sustancias en búsqueda de la satisfacción o para soportar el estresor.

13. Humor: implica hacer bromas sobre el estresor o reírse de las situaciones que causan estrés.

14. Auto-inculpación: hace referencia a criticarse y culpabilizarse por lo sucedido.

Para el análisis estadístico se obtuvo la mediana, para determinar aquellas estrategias más frecuentemente utilizadas por la muestra.

En cuanto a la confiabilidad, se obtuvo que la escala de foco en el problema es aceptable $\alpha=0.72$, mientras que las demás escalas presentan un índice de Cronbach bajo: estrategia centrada en la emoción $\alpha=0.66$ y estrategias evitativas $\alpha=0.50$.

3.1.4. Procedimiento

Se reclutó a los participantes utilizando la técnica de muestreo por bola de nieve (Taylor y Bogdan, 1996). La divulgación del estudio comenzó a inicios de septiembre de 2020. Se realizó contacto mediante llamada telefónica y correo electrónico con integrantes de diferentes asociaciones y gremios de salud (Asociación Panameña de Médicos Intensivistas, Coordinación Nacional de las Enfermeras especialistas de Salud y Enfermedad Mental del MINSA, Colegio Nacional de Laboratoristas Clínicos, Caja del Seguro Social, Hospital), para dar a conocer la investigación y solicitar su apoyo con la difusión del enlace de participación.

Se logró el apoyo de la Asociación Nacional de Enfermeras de Panamá [ANEPE] y firmar una Carta de Compromiso, que deja constancia de que, una vez sustentada esta tesis, se les hará llegar una copia con los resultados y conclusiones del estudio. La ANEP envió a sus agremiados de todo el país el enlace de participación por correo electrónico y grupos de WhatsApp y también publicó en su cuenta de Instagram en dos momentos el afiche de participación.

Se sostuvo reunión personal con los directores médicos de dos hospitales privados de Panamá (Hospital Pacífica Salud y Hospital Paitilla). En el Hospital Pacífica Salud, en coordinación con el Departamento de Recursos Humanos se envió el enlace de participación a todo el personal de salud y se colocaron los afiches de participación en los tableros de comunicación de tres áreas específicas del hospital.

El 9 de diciembre de 2020, la investigadora participó en el programa de entrevistas del periodista Álvaro Alvarado (transmitido en radio y canales digitales) para explicar la investigación y solicitar participación.

Se publicó el afiche en las cuentas de Instagram y Facebook de las Asociación de Psicología de la USMA, la Asociación de Psicología de la Universidad de Panamá, Memoria y Salud [PARI] y colegas psicólogos en sus cuentas comerciales.

En Instagram se creó la cuenta @investigaciónipps el 11 de septiembre de 2020, con el afiche digital del estudio y se subieron distintas publicaciones con información sobre el mismo.

Mediante la plataforma WhatsApp se envió el mensaje a distintos profesionales del área de la salud, para que éstos a su vez lo compartieran en sus chats grupales con colegas. Siguiendo con el método de bola de nieve, se solicitó a quienes les llegaba la invitación que la distribuyeran a sus contactos. El mensaje de invitación incluía una explicación de los objetivos del estudio y un vínculo a la plataforma de Google Forms en donde se encontraba alojada la batería de cuestionarios de autorreporte. A quienes accedían a la plataforma, les aparecía el formulario de consentimiento informado. Aquellos que aceptaban voluntariamente participar del estudio pasaban a completar los cuestionarios de autorreporte.

La recolección de datos se inició el 9 de septiembre de 2020 y el enlace al cuestionario se mantuvo activo hasta el 31 de diciembre del 2020; sin embargo, la última entrada se registró el 20 de diciembre de 2020.

La base de datos se descargó desde la plataforma y se procesó en el entorno estadístico *R Core Team* (Versión 2021) para el cálculo de estadísticos descriptivos e inferenciales.

3.1.5. Técnicas de análisis de la información

Para la descripción de las variables categóricas se utilizaron frecuencias y porcentajes; para las variables numéricas, los cuartiles (percentil 25; mediana; percentil 75), ya que la mayoría de las variables no cumplía con el supuesto de normalidad y, en su lugar, presentaban distribuciones unimodales sesgadas.

La evaluación de las relaciones hipotetizadas fue realizada mediante modelos de ecuaciones estructurales utilizando el paquete lavaan (Rosseel, 2012) para el entorno R. Los modelos se estimaron mediante el método de máxima verosimilitud con errores robustos [MLR] (Muthén y Muthén, 2007) frente a no-normalidad, aplicando correcciones para no normalidad para los índices de ajuste propuestas por Brosseau-Liard y Savalei (2014) y Brosseau-Liard et al. (2012).

Además de la prueba de bondad de ajuste (χ^2), el ajuste global de los modelos fue evaluado a partir de los índices de ajuste incrementales: Índice de Ajuste Comparativo [CFI] e Índice Tucker-Lewis [TLI] y absolutos Raíz cuadrada de la media del error de aproximación al cuadrado [RMSEA], según los criterios establecidos por Hu y Bentler (1999).

El modelo se optimizó de manera iterativa utilizando algoritmos del paquete *psychometrics* (Epskamp, 2022) para eliminar senderos no significativos y agregar aquellos que aumentaban un índice de ajuste relativo [BIC].

Para la fase exploratoria de generación de nuevas hipótesis a partir de los datos, se dispuso de dos estrategias. La primera fue la estimación de modelos de redes moderadas (Haslbeck et al., 2021). Este análisis busca estimar correlaciones parciales, regularizadas con una penalización L-q. Utilizando el paquete mgm (Haslbeck & Waldorp, 2020) se estimaron múltiples modelos para identificar potenciales moderadores en las relaciones entre las variables de interés. Los hiperparámetros de regularización fueron optimizados mediante validación cruzada de 10 iteraciones. Una vez identificados los modelos con mediadores que persistieron a la regularización, se evaluó su estabilidad replicando mil veces el análisis mediante técnica de bootstrapping.

Finalmente, se aplicaron modelos de mezcla de distribuciones mediante los paquetes mclust (Scrucca et al., 2016) y tidyLPA (Rosenberg et al., 2018) para identificar identificar perfiles latentes con base en las variables estudiadas. Se estimaron todos los modelos que convergieron de una matriz compuesta por la combinación de un rango de 1 a 9 componentes y 14 posibles configuraciones. Los modelos fueron comparados utilizando índices de ajuste relativo BIC e ILC para seleccionar el mejor modelo.

3.2. Rama cualitativa

3.2.1. Población y muestra

Se siguió una estrategia de muestreo accidental: a partir de los datos registrados en la Hoja de Información y Consentimiento Informado, se pasó a contactar a cada uno de los interesados por correo electrónico o número de celular, reclutando a los primeros participantes que contestaron y consintieron voluntariamente su participación en esta etapa. A partir del 15 de septiembre se inició el contacto para iniciar la fase de entrevistas; periodo que se extendió hasta los últimos días de diciembre de 2020.

Inicialmente 93 participantes mostraron interés en participar de la entrevista, al dejar anotado sus datos de contacto; sin embargo, al iniciar la comunicación para coordinar la entrevista, muchas personas no respondieron al mensaje o llamada, otros decidieron no participar o manifestaron tener dificultad en comprometerse con un horario para realizar la entrevista. Sin embargo, se logró coordinar con 25 personas una fecha y horario a conveniencia del participante (se incluyeron días de fines de semana y horarios en la noche; tomando en cuenta sus días libres y turnos rotativos) para entrevistas por la plataforma Zoom.

Se consideró un arranque muestral de 25 personas entrevistadas, con las cuales se logró el criterio de saturación teórica (Hernández Sampieri y Mendoza Torres, 2018). Esto implica que la información de las últimas entrevistas llegó a

confirmar las estructuras de codificación creadas y no fue necesaria la alteración de estas para acomodar la información del caso.

Los participantes de esta rama tenían una mediana de 34 años. Para garantizar la anonimización de los datos, no se incluyen otras características de la muestra.

3.2.2. Instrumento y variables de estudio

Se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada para recabar información sobre aspectos relacionados con la identidad en el trabajo de los participantes y las vivencias asociadas a la pandemia.

La entrevista semiestructurada consiste en una guía de asuntos o preguntas, en el que la investigadora en este caso tenía la libertad y flexibilidad de modificar el orden, agregar nuevas preguntas para ampliar la información y evitar preguntas que sean respondidas durante la conversación (Hernández Sampieri y Mendoza Torres, 2018).

Este guión se focalizó en los siguientes contenidos:

3.2.2.1. Estigmatización

Asociación negativa entre una persona o grupo de personas que comparten ciertas características y una enfermedad específica. En un brote, esto puede

significar que el personal sanitario sea agredido, etiquetado o discriminado debido a un vínculo percibido con una enfermedad contagiosa (Unicef, 2020)

3.2.2.2. Miedo a la muerte

La expresión del miedo a la muerte propia se estudia en conexión a los aportes psicoanalíticos. Freud (1915) postula que “en el inconsciente cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad” (p. 290); aunque la muerte desde la realidad objetiva es parte de un desenlace esperado.

3.2.2.3. Traumatización vicaria

Relacionada al desgaste emocional que padece el personal de salud debido a la compasión que experimenta por el paciente que está atendiendo; al acompañar, cuidar y/u observar a la persona durante una experiencia de dolor y trauma (Martorell, 2014).

3.2.2.4. Identidad laboral

El sentido de identidad laboral es un proceso dinámico que “se construye en el marco de contextos laborales a partir de las relaciones de las personas con su trabajo y en el ejercicio de los roles que desempeñan” (Moreno-Hurtado et al., 2018, p. 65).

3.2.3. *Procedimiento*

Se reclutó a los participantes a partir del listado obtenido en el cuestionario de la primera fase. A cada participante que consintió voluntariamente, se le agendó una reunión virtual mediante la plataforma Zoom. Al inicio de la entrevista la investigadora explicó los objetivos de esta segunda fase. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de sesenta minutos.

Las entrevistas fueron grabadas en audio y fueron transcritas *verbatim*. Al ser pasadas a un formato escrito las entrevistas eran de nueve páginas en promedio, siendo 6 el número mínimo de páginas y 24 el número máximo. Los resultados fueron analizados siguiendo la estrategia de análisis de discurso de Badilla (2002).

3.2.4. *Técnicas de análisis de la información*

Para el análisis de la data cualitativa se utilizaron técnicas de análisis de contenido, análisis temático y análisis de discurso propuestas por Badilla (2002) para identificar zonas de sentido en el texto. La investigadora en conjunto con el director de tesis, se reunieron de manera periódica durante el año 2021 para iniciar el proceso de lectura y codificación abierta de las primeras entrevistas. Luego de analizada la quinta entrevista, se comenzó a estandarizar los códigos abiertos y a estructurarlos en relaciones nomológicas. Esta jerarquía inicial se fue optimizando de manera iterativa en cada nueva entrevista analizada, de manera tal que las

modificaciones a la estructura se iban validando en la re-codificación de los casos anteriores. Este proceso dio como resultado la creación de una tabla matriz con todos los temas, subtemas y zonas de sentido identificadas en el análisis, en la cual se eligió de cada una de las 25 entrevistas los diferentes fragmentos del discurso que definían e ilustraban esa categoría, utilizando un código de cuatro dígitos para identificar a cada uno de los entrevistados. Los primeros dos números representan el orden en que se realizaron las entrevistas, es decir, de 01 a 25 y los siguientes dos números identifican el mes en el cual se realizó. La matriz con los resultados cualitativos tiene una extensión de 63 páginas; en esta investigación se presenta el análisis y síntesis de éstos; por las limitaciones en la extensión de este material se han elegido sólo tres fragmentos del discurso para ilustrar cada categoría del análisis.

3.3. Integración

Los resultados de cada rama abordan contenidos diferentes, pero ligados conceptualmente. En la fase de integración se intentó triangular las informaciones generadas en este estudio con los antecedentes teóricos y empíricos, así como las informaciones provenientes de ambas ramas.

3.4. Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado el 25 de agosto de 2020 por el Comité Nacional de Bioética de la Investigación de Panamá (EC-CNBI-2020-08-87). La investigación fue diseñada y conducida tomando en cuenta los lineamientos del Código de Buenas Prácticas Éticas de Investigación de la USMA. El investigador principal ha tomado el Curso en Normas de Buena Práctica Clínica ICH E6 (R2) del *Global Health Training Centre*.

Todos los participantes aceptaron de forma voluntaria y previa explicación de los objetivos, operaciones y riesgos de la investigación, a otorgar sus datos para los fines del estudio, tal como quedó registrado en la aceptación digital de consentimiento informado. Los datos de contacto e información sensitiva expresada en la entrevista, pasó por un proceso de anonimización, que impide identificar de manera individual a las personas que participaron.

Las entrevistas de la fase cualitativa fueron llevadas a cabo por la investigadora principal, quien es psicóloga y psicoterapeuta, por tanto, estaba preparada en caso de que esta estrategia de captura de datos generara desconfort psicológico a los respondientes.

CAPÍTULO 4: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el presente capítulo se expone el proceso de análisis de datos implementado a los efectos de alcanzar los objetivos propuestos en esta investigación. Se presentan los resultados y la discusión de estos, para los análisis cuantitativos y cualitativos por separado. Para ello se organiza en dos apartados según los análisis realizados. El análisis cuantitativo inicia con una descripción estadística de las variables medidas en la muestra. A continuación, se estima, se evalúa y se ajusta el modelo hipotetizado de las relaciones entre el afrontamiento, el distrés peritraumático por COVID-19 y la sintomatología psicológica (estrés, ansiedad, depresión e insomnio). Más adelante, se exploran relaciones no previstas entre todas las variables del estudio utilizando diferentes técnicas.

El análisis cualitativo sintetiza las experiencias subjetivas de veinticinco trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID 19, desde el período inicial hasta el mes de diciembre del 2020. El resumen de los principales hallazgos se organiza en dos tablas. En la primera (Tabla 8) se presentan los temas propuestos desde el marco conceptual de esta investigación, a saber: *identidad laboral, las experiencias de estigmatización vs la denominación de héroes, el miedo a la muerte y la traumatización vicaria*; y las zonas de sentido creadas en el análisis del discurso. Y en la segunda (Tabla 9) se identifican los nuevos temas, organizados en tres zonas de sentido denominadas: *vida familiar, impacto económico y duelos*. Cada uno de los temas fue interpretado y contrastado con los antecedentes empíricos estudiados durante la pandemia.

Al realizar la triangulación entre los resultados cuantitativos y cualitativos, se complementaron los primeros con las experiencias singulares de los entrevistados respecto a sus estrategias de afrontamiento, sus cambios en sus patrones de sueño, sus manifestaciones somáticas en respuesta al impacto psicológico de su trabajo durante la Pandemia por COVID -19, para proceder a las limitaciones y fortalezas de esta investigación.

4.1. Análisis cuantitativo

4.1.1. Descripción de la muestra

A continuación, en la Tabla 4 se observa la descripción de la muestra. La misma estuvo conformada por un total de 124 profesionales de la salud, en su mayoría mujeres (77.4%), con una edad mediana de 35 años ($RIC[1,3] = [29, 45]$). En cuanto a la distribución regional el mayor porcentaje se concentró en áreas urbanas (84.7%), un 46.8% en la provincia de Panamá y seguido del 25 % en Chiriquí.

Con respecto al nivel de escolaridad la mayor parte de ellos contaba con, por lo menos, estudios universitarios completos por encima del nivel técnico (89.5%) y se desempeñaban como enfermeros/as (71.4%).

A partir de la pandemia la mayoría reportó trabajar más horas por semana (70.2%) en comparación con la situación pre-pandemia, casi dos tercios trabajaron más de cuarenta horas por semana (59.7%). Una buena parte de la muestra desarrollaron su actividad como ‘primera línea’ (77.4%). Además, la mayoría

llevaba 5 años o más de trabajo, en instituciones públicas (80.6%) de forma exclusiva.

Un mínimo porcentaje manifestó no residir acompañado (8.9%) y casi la mitad señalan ser la única persona laboralmente activa en su grupo (44.7%).

En contraste, un 17.7% de la muestra fue diagnosticado con COVID-19. Así mismo, entre los factores de riesgo asociados, la mayoría no los presentó (65.9 %), en cambio, más de la mitad de los participantes si evidenció factores de riesgo en acompañantes (58.8 %).

La mayor parte de la muestra no utilizó servicios de apoyo emocional (81.5%), ni líneas de soporte emocional (91.1 %).

Tabla 4

Datos demográficos, laborales y sintomatología clínica entre el personal de primera línea y segunda línea de atención

Variable	Valor N total	Primera línea	Segunda línea
Edad (mediana [RIC])	35.00 [29.00, 45.00]	34.50 [29.00, 40.00]	44.00 [29.75, 54.00]
Línea de atención (%)		96 (77.4)	28 (22.6)
<i>Sexo</i>			
Masculino (%)	28 (22.6)	23 (24.0)	5 (17.9)
Femenino (%)	96 (77.4)	73 (76)	23 (82.1)
Área de residencia = Área urbana (%)	105 (84.7)	81 (84.4)	24 (85.7)
<i>Provincia de residencia (%)</i>			
Bocas del Toro	2 (1.6)	2 (2.1)	0 (0.0)
Chiriquí	31 (25.0)	24 (25.0)	7 (25.0)
Coclé	5 (4.0)	4 (4.2)	1 (3.6)
Colón	4 (3.2)	2 (2.1)	2 (7.1)
Herrera	1 (0.8)	0 (0.0)	1 (3.6)
Los Santos	1 (0.8)	1 (1.0)	0 (0.0)
Panamá	58 (46.8)	45 (46.9)	13 (46.4)
Panamá Oeste	15 (12.1)	11 (11.5)	4 (14.3)
Veraguas	7 (5.6)	7 (7.3)	0 (0.0)
<i>Escolaridad (%)</i>			
Estudios técnicos	13 (10.5)	10 (10.4)	3 (10.7)
Universitario completo	65 (52.4)	53 (55.2)	12 (42.9)
Con Especialidad	40 (32.3)	30 (31.2)	10 (35.7)

<i>Con Subespecialidad</i>	6 (4.8)	3 (3.1)	3 (10.7)
<i>Ocupación (%)</i>			
Asistente en enfermería	9 (7.6)	7 (7.6)	2 (7.4)
Enfermero (a)	85 (71.4)	63 (68.5)	22 (81.5)
Instrumentista quirúrgico	5 (4.2)	2 (2.2)	3 (11.1)
Laboratorista	7 (5.9)	7 (7.6)	0 (0.0)
Técnico en radiología	5 (4.2)	5 (5.4)	0 (0.0)
Técnico en urgencias médicas (paramédico)	3 (2.5)	3 (3.3)	0 (0.0)
Terapeuta respiratorio	5 (4.2)	5 (5.4)	0 (0.0)
<i>Cambio en horas trabajadas a la semana (%)</i>			
Sí, trabajo menos	5 (4.0)	5 (5.2)	0 (0.0)
No ha cambiado	32 (25.8)	22 (22.9)	10 (35.7)
Sí, trabajo más	87 (70.2)	69 (71.9)	18 (64.3)
<i>Horas de trabajo promedio a la semana (%)</i>			
20 horas por semana	8 (6.5)	6 (6.2)	2 (7.1)
30 horas por semana	6 (4.8)	5 (5.2)	1 (3.6)
40 horas por semana	36 (29.0)	27 (28.1)	9 (32.1)
Más de 40 horas por semana	74 (59.7)	58 (60.4)	16 (57.1)
<i>Años de trabajo (mediana [RIC])</i>	5.00 [2.00, 13.25]	5.00 [1.75, 11.00]	13.50 [2.00, 20.25]
<i>Factores de riesgo (%)</i>			
No	81 (65.9)	62 (65.3)	19 (67.9)
Si	42 (34.1)	33 (34.7)	9 (32.1)
<i>Factores de riesgo (%)</i>			
Artritis Reumatoide	1 (0.8)		
Diabetes mellitus	1 (0.8)		
Hipertensión arterial	17 (13.7)		
Ninguno	81 (65.3)		
Otro	20 (16.1)		
Trastorno mental diagnosticado	4 (3.2)		
<i>Uso de apoyo emocional profesional (%)</i>			
Si	23 (18.5)	16 (16.7)	7 (25.0)
No	101 (81.5)	80 (83.3)	21 (75.0)
<i>Uso de líneas de soporte emocional(%)</i>			
Si	11 (8.9)	7 (7.3)	4 (14.3)
No	113 (91.1)	89 (92.7)	24 (85.7)
Reside = Solo (%)	10 (8.1)	9 (9.4)	1 (3.6)
<i>Factores de riesgo en acompañantes (%)</i>			
Si	67 (58.8)	49 (56.3)	18 (66.7)
No	47 (41.2)	38 (43.7)	9 (33.3)
<i>Único laboralmente activo (%)</i>			
Si	51 (44.7)	37 (42.5)	14 (51.9)
No	63 (55.3)	50 (57.5)	13 (48.1)
<i>Lugar de trabajo (%)</i>			
Ambas	8 (6.5)	6 (6.2)	2 (7.1)
Institución Privada	15 (12.1)	9 (9.4)	6 (21.4)
Institución pública	100 (80.6)	80 (83.3)	20 (71.4)
Prefiere no contestar	1 (0.8)	1 (1.0)	0 (0.0)
<i>Diagnosticado con COVID-19 (%)</i>			
Si	22 (17.7)	20 (20.8)	2 (7.1)
No	102 (82.3)	76 (79.2)	26 (92.9)
<i>Recuperación de COVID-19 = Hotel (%)</i>	8 (36.4)	8 (40.0)	0 (0.0)
<i>Sintomatología clínica</i>			
Estrés por COVID CPDI (mediana [RIC])		26.00 [18.75, 36.00]	23.50 [12.00, 32.00]
<i>Estrés por COVID CPDI (%)</i>			
Normal	73	53 (55.2)	20 (71.4)
Leve	40	34 (35.4)	6 (21.4)
Severo	11	9 (9.4)	2 (7.1)

Insomnio – IAS (mediana [RIC])		6.00 [3.00, 9.00]	6.50 [1.00, 8.00]
Insomnio – IAS = Insomnio (%)	73	57 (59.4)	16 (57.1)
Depresión – DASS (mediana [RIC])		4.00 [1.50, 8.00]	3.00 [0.00, 6.00]
<i>Depresión – DASS (%)</i>			
Normal	101	78 (81.2)	23 (82.1)
Leve	10	7 (7.3)	3 (10.7)
Moderado	6	6 (6.2)	0 (0.0)
Severo	2	2 (2.1)	0 (0.0)
Extremadamente severo	5	3 (3.1)	2 (7.1)
Ansiedad – DASS (mediana [RIC])		4.00 [2.00, 8.00]	4.00 [0.00, 6.00]
<i>Ansiedad – DASS (%)</i>			
Normal	90	68 (70.8)	22 (78.6)
Leve	9	8 (8.3)	1 (3.6)
Moderado	16	15 (15.6)	1 (3.6)
Severo	1	0 (0.0)	1 (3.6)
Extremadamente severo	8	5 (5.2)	3 (10.7)
Estrés – DASS (mediana [RIC])		8.00 [4.00, 12.00]	5.00 [2.00, 12.50]
<i>Estrés – DASS (%)</i>			
Normal	104	80 (83.3)	24 (85.7)
Leve	6	4 (4.2)	2 (7.1)
Moderado	6	5 (5.2)	1 (3.6)
Severo	6	5 (5.2)	1 (3.6)
Extremadamente severo	2	2 (2.1)	0 (0.0)
Afront. Problema - COPE (mediana [RIC])		1.88 [1.72, 2.12]	2.00 [1.75, 2.12]
Afront. moción - COPE (mediana [RIC])		2.08 [1.83, 2.33]	2.21 [2.08, 2.44]
Afront. Evitación - COPE (mediana [RIC])		2.25 [1.88, 2.50]	2.12 [2.00, 2.53]

Fuente: Elaboración propia, 2024.

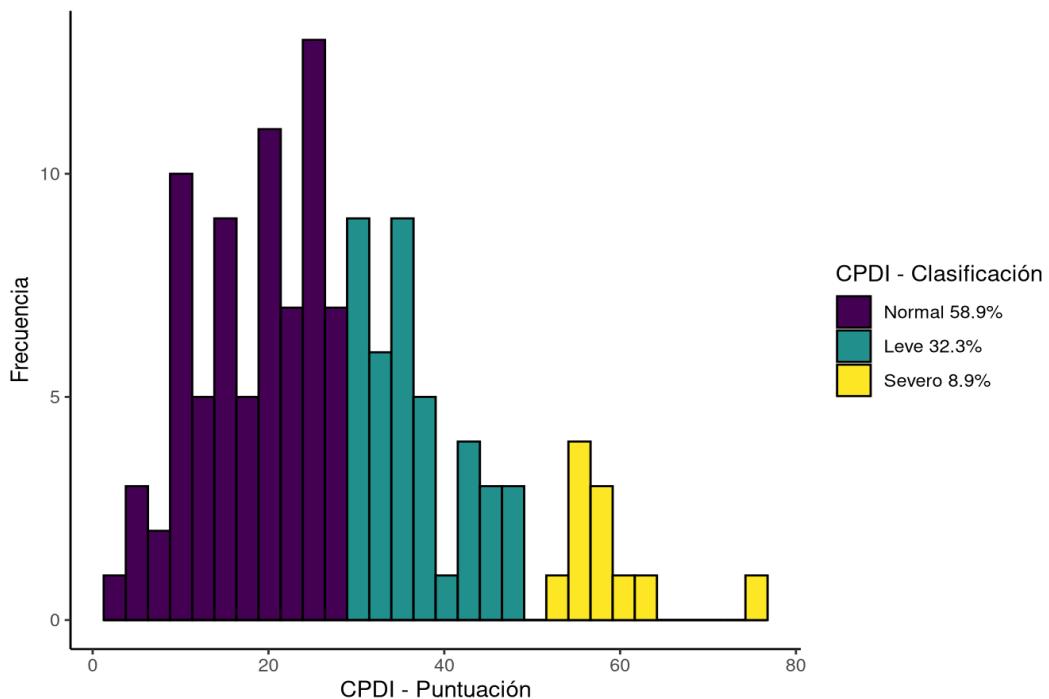
4.1.2. Análisis descriptivo de las variables psicológicas

En orden a responder al primer objetivo específico “Identificar el efecto de la exposición directa e indirecta a pacientes con diagnóstico de COVID-19 sobre el estrés relacionado al COVID-19” se observó que la mediana de puntuaciones en la prueba CPDI, que mide el estrés por COVID-19, fue de 25 (RIC[1,3] = [17.75, 34.50]). Esto significa que, la mayoría de los participantes no tuvieron niveles importantes de estrés por COVID; un 32% presentó síntomas de leve a moderado y solo un pequeño grupo (8.9%) presentó un estrés severo por COVID-19 (ver Figura 1).

Con respecto a las dimensiones, el Estado de ánimo negativo fue el que tuvo una puntuación promedio mayor ($Mdn = 1.6$, $RIC = [1.2, 2.2]$), seguida por los cambios en el comportamiento y en las habilidades cognitivas ($Mdn = 1$, $RIC = [0.8, 1.5]$). El cansancio e hiperactividad ($Mdn = 0.8$, $RIC = [0.4, 1.4]$) y la somatización ($Mdn = 0.6$, $RIC = [0.2, 1.2]$) tuvieron puntuaciones ligeramente inferiores.

Figura 1

Histograma de puntuaciones en la prueba CPDI ($n = 124$)



Fuente: Elaboración propia, 2024.

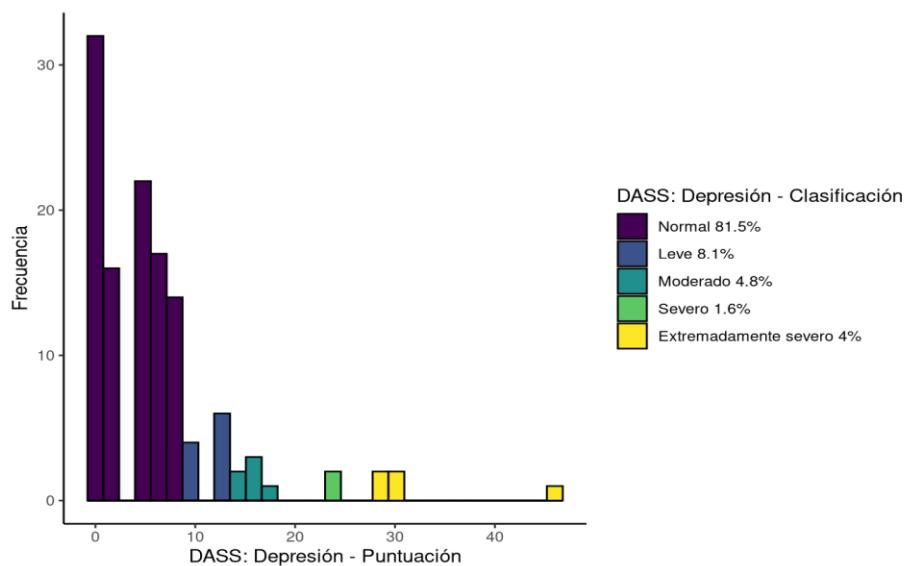
Con respecto al segundo objetivo específico “Identificar el efecto que el estrés relacionado al COVID-19 tiene sobre síntomas de depresión, ansiedad,

estrés e insomnio”, se obtuvieron en primer lugar los datos estadísticos descriptivos, para más adelante responder a las hipótesis inferenciales.

La subescala de Depresión de la prueba DASS-21 mostró puntuaciones medianas de 4 (RIC[1,3]=[0,8]), mientras que un poco más del 75% de los participantes no tuvo niveles significativos de depresión, solamente 10.4% de los participantes presentan un nivel de depresión moderado o superior (Figura 2).

Figura 2

Histograma de puntuaciones en la subescala Depresión de la prueba DASS-21 (n = 124)



Fuente: *Elaboración propia, 2024.*

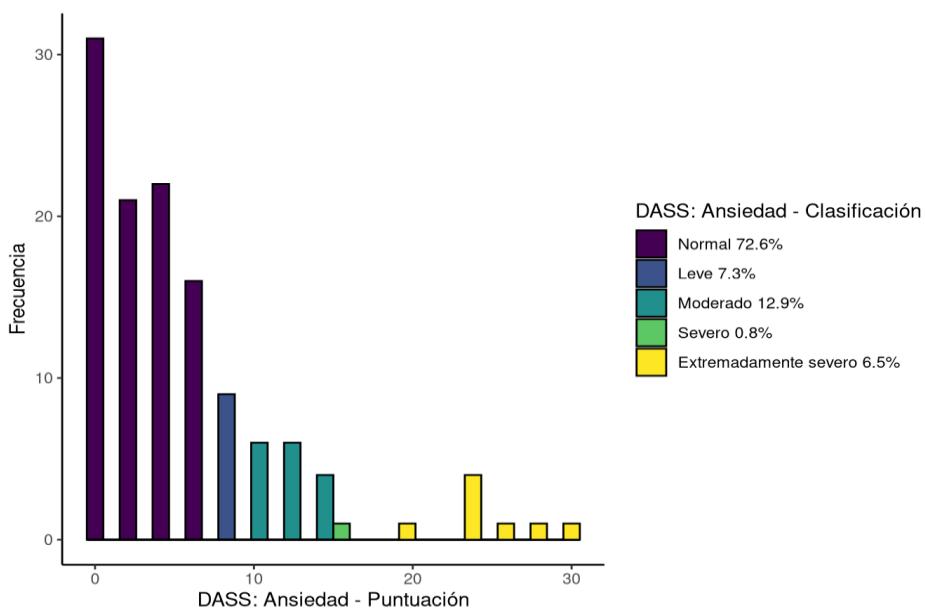
La subescala de Ansiedad de la prueba DASS-21 arrojó puntuaciones medianas de 4 (RIC[1,3]=[1.5,8]), siendo que más del 70% de los participantes no muestra

niveles significativos de ansiedad. Un porcentaje importante (20.2%) de participantes presenta niveles moderados o superiores de ansiedad (Figura 3).

Las puntuaciones medianas en la subescala de Estrés de la prueba DASS-21 ascendieron a 8 puntos ($RIC[1,3]=[3.5, 8]$). Mientras que más del 80% de los participantes no mostró niveles significativos de estrés, un porcentaje bajo (11.2%) de los mismos presentó niveles moderados o superiores de estrés (Figura 4).

Figura 3

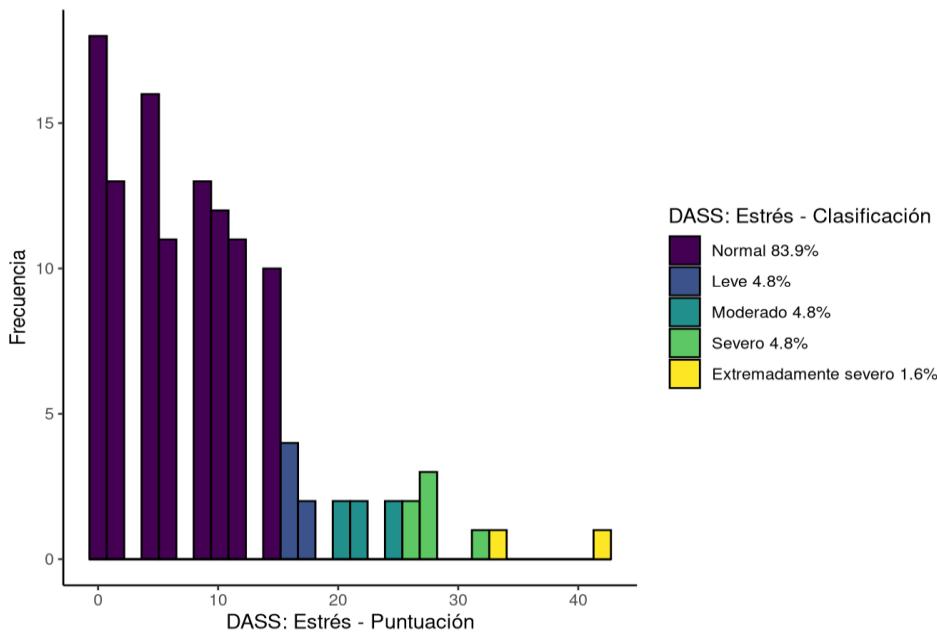
Histograma de puntuaciones en la subescala Ansiedad de la prueba DASS-21 (n = 124)



Fuente: *Elaboración propia, 2024.*

Figura 4

Histograma de puntuaciones en la subescala Estrés de la prueba DASS-21 ($n = 124$)



Fuente: *Elaboración propia, 2024*

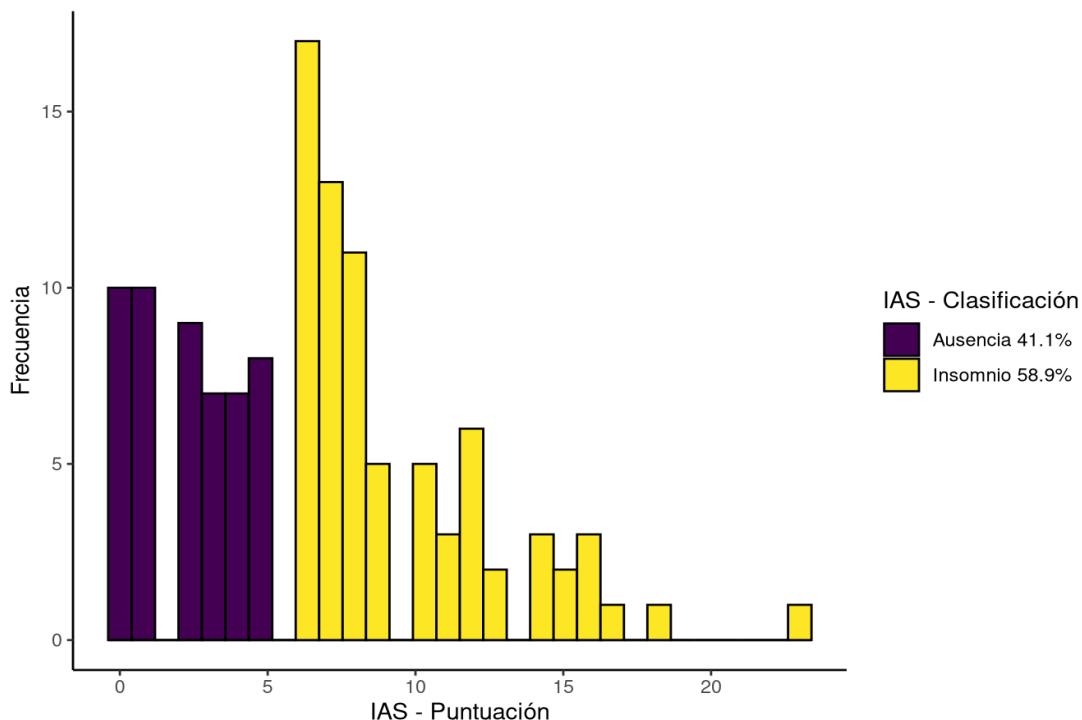
Se advirtió que más de la mitad (58.9%) de los participantes presentan insomnio, según los resultados de la prueba IAS (ver Figura 5). La mediana de puntuaciones se ubica en 6 (RIC[1,3] = [3, 9]).

Hubo reportes de mayores dificultades en la inducción del sueño (Media=1.04, DS=0.91), los despertares durante la noche (Media=0.94, DS=0.80) y la duración del sueño (Media=0.81, DS=0.78). En general a los participantes les costaba más lograr inducir el sueño que mantenerse dormidos (Cohen d=0.25), que tener una buena calidad de sueño (Cohen d=0.24), sensación de bienestar durante el día (Cohen d=0.60) y un buen funcionamiento físico y mental durante el día.

(Cohen $d=0.68$). Por otra parte, presentaban más dificultades con despertares durante la noche (Cohen $d=0.60$), con el despertar final antes de lo esperado (Cohen $d=0.43$) y con la duración del sueño (Cohen $d=0.43$) que con un buen funcionamiento durante el día.

Figura 5

Histograma de puntuaciones en la prueba IAS ($n = 124$)



Fuente: *Elaboración propia, 2024.*

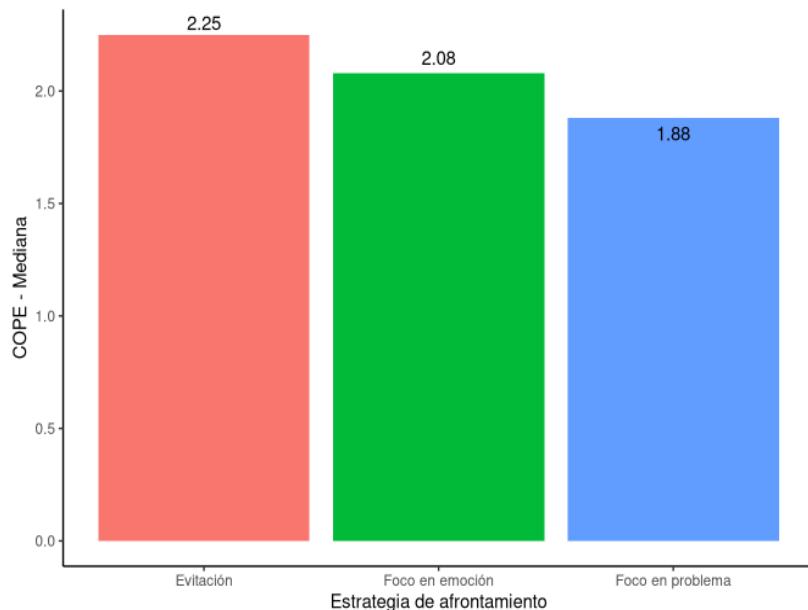
Para responder al cuarto objetivo específico “Evaluar el efecto moderador de las estrategias de afrontamiento directo y de evitación sobre los síntomas psicológicos”, se muestran en adelante los resultados descriptivos:

Las estrategias de afrontamiento por evitación fueron utilizadas con mayor frecuencia por los participantes ($Mdn=2.25$). A continuación, le siguen las estrategias de afrontamiento focalizadas en la emoción ($Mdn=2.08$) y luego las estrategias de afrontamiento focalizadas en el problema ($Mdn=1.88$), como se observa en la Figura 6.

En particular, las estrategias más utilizadas fueron la búsqueda de apoyo instrumental (Media=2.57; DS=0.71), desahogo (Media=2.55; DS=0.64) y desconexión conductual (Media=2.56; DS=0.81); mientras que las menos utilizadas: uso de apoyo emocional (Media=1.25; DS=0.49), auto-distracción (Media=1.69; DS=0.55) y planificación (Media=1.76; DS=0.50).

Figura 6

Mediana de puntuaciones en las subescalas de la prueba COPE-28 (n=124)



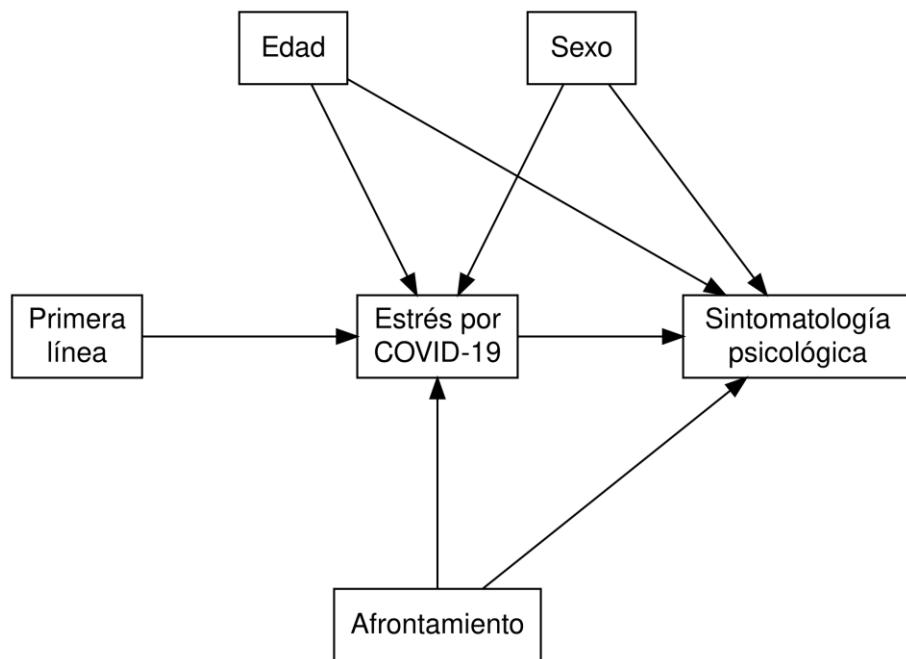
Fuente: *Elaboración propia, 2024.*

4.1.3. Evaluación de hipótesis

Se especifica y se estima un primer modelo basado en las relaciones hipotetizadas en los objetivos e hipótesis del estudio (Figura 7).

Figura 7

Relaciones hipotetizadas



Fuente: *Elaboración propia, 2024.*

En este modelo¹, la edad, el sexo y el estilo de afrontamiento tienen un efecto sobre el estrés por COVID-19 y sobre la sintomatología psicológica (depresión, ansiedad, estrés e insomnio). Por otra parte, el hecho de estar en la

¹ Valores de R², en el modelo inicial: Distrés peritraumático (CPDI) 0.21, Insomnio (IAS) 0.41, Depresión 0.40, Ansiedad 0.42, Estrés 0.58

primera línea tiene un efecto sobre el estrés por COVID-19 y este, a su vez, tiene un efecto sobre la sintomatología psicológica.

Este modelo se estima como un modelo saturado y no se puede evaluar su ajuste global. Se presentan los parámetros del modelo en la Tabla 5. Al revisar la significancia local, se puede observar que se obtiene evidencia para algunas relaciones hipotetizadas:

- Hi1: La exposición directa a pacientes con diagnóstico de COVID-19 tiene mayor efecto que la exposición indirecta sobre el estrés relacionado a COVID-19.
 - Ho1: La exposición directa a pacientes con diagnóstico de COVID-19 no tiene mayor efecto que la exposición indirecta sobre el estrés relacionado a COVID-19.

En relación a estas hipótesis, ser de la primera línea no se relaciona directamente con el estrés por COVID-19, como se había previsto, por lo que no se tiene evidencia para rechazar la hipótesis nula 1.

Siguiendo con el análisis de las relaciones hipotetizadas en cuanto al segundo objetivo: **“Evaluar el efecto moderador del sexo y edad sobre el estrés relacionado al COVID-19”**.

- Hi2: Ser mujer estará asociado a un mayor nivel de estrés relacionado a COVID-19.

- Ho2: Ser mujer no está asociado a un mayor nivel de distrés relacionado a COVID-19
- Hi3: La población joven presenta niveles más elevados de síntomas de estrés, depresión y ansiedad.
 - Ho3: La población joven no presenta niveles más elevados de síntomas de estrés, depresión y ansiedad

Se obtuvo que la edad, pero no el sexo, es un predictor significativo tanto del distrés por COVID-19, como del insomnio y el estrés. En todos los casos, una mayor edad implica una menor puntuación en éstos tres impactos psicológicos, es decir que, a una edad más joven, más elevados son los síntomas. Por lo tanto, existe evidencia para rechazar la Ho3 de manera parcial, dado que el efecto moderador se ha encontrado en relación a la edad y el estrés.

Sin embargo, no existe evidencia para rechazar la Hipótesis nula 2, dado que el sexo no tiene un efecto moderador sobre las variables medidas: insomnio, depresión, ansiedad y estrés, tal como se observa en la Tabla 5.

- Hi4: El distrés relacionado a COVID-19 incrementa la sintomatología por estrés, depresión y ansiedad.
 - Ho4: El distrés relacionado a COVID-19 no incrementa la sintomatología por estrés, depresión y ansiedad

Se pudo obtener evidencia de que el estrés por COVID-19 sí tiene efectos positivos sobre las cuatro escalas de sintomatología psicológica (estrés, depresión,

ansiedad e insomnio), lo cual indica que se tiene evidencia para rechazar la hipótesis nula.

- Hi5: Las estrategias de afrontamiento enfocadas a los problemas disminuyen el distrés relacionado a COVID-19.
 - Ho5: Las estrategias de afrontamiento enfocadas a los problemas no disminuyen el distrés relacionado a COVID-19.

No se evidencian efectos de las estrategias de afrontamiento enfocadas a los problemas sobre el distrés relacionado a COVID-19, por lo que no se tiene evidencia para rechazar la hipótesis nula.

- Hi6: Las estrategias de afrontamiento de evitación aumentan el distrés relacionado a COVID-19.
 - Ho6: Las estrategias de afrontamiento de evitación no aumentan el distrés relacionado a COVID-19.

Por último, las estrategias de afrontamiento focalizadas en la evitación tienen un efecto positivo sobre los puntajes de estrés por COVID-19, insomnio, depresión y estrés, es decir, un mayor uso de estrategias de afrontamiento focalizadas en la evitación se relaciona con aumentos en los indicadores de impacto psicológico. Entonces, se tiene evidencia para rechazar la hipótesis nula.

Tabla 5*Parámetros del modelo inicial*

Parámetros	Valores estimados			
	B	Error Est.	p	β_{Est}
<u>Coefficientes de regresión</u>				
CPDI (Distrés Peritraumático)				
Sexo (1=Hombre)	0.04	0.23	.865	0.02(0.11)
Edad	-0.19	0.09	.024	-0.22(0.10)*
Primera Línea	0.18	0.20	.373	0.09(0.10)
Foco Problema	0.15	0.12	.224	0.17(0.14)
Foco Emoción	0.01	0.12	.930	0.01(0.13)
Foco Evitación	0.27	0.12	.018	0.31(0.13)*
IAS (Insomnio)				
Sexo (1=Hombre)	0.11	0.18	.564	0.06(0.10)
Edad	-0.17	0.07	.023	-0.22(0.10)*
Primera Línea	-0.08	0.18	.648	-0.04(0.10)
Foco Problema	-0.21	0.10	.042	-0.27(0.14)*
Foco Emoción	0.04	0.11	.712	0.05(0.14)
Foco Evitación	0.24	0.11	.029	0.31(0.15)*
CPDI	0.52	0.09	.000	0.61(0.12)***
Depresión (DASS-21)				
Sexo (1=Hombre)	-0.25	0.16	.125	-0.13(0.09)
Edad	-0.11	0.07	.151	-0.14(0.10)
Primera Línea	-0.07	0.19	.699	-0.04(0.10)
Foco Problema	-0.08	0.12	.503	-0.10(0.15)
Foco Emoción	-0.04	0.12	.773	-0.05(0.16)
Foco Evitación	0.25	0.12	.037	0.33(0.14)*
CPDI	0.52	0.11	.000	0.60(0.11)***
Ansiedad (DASS-21)				
Sexo (1=Hombre)	-0.17	0.17	.317	-0.09(0.09)
Edad	-0.14	0.08	.078	-0.18(0.10)
Primera Línea	-0.19	0.19	.323	-0.10(0.10)

Foco Problema	0.13	0.11	.242	0.17(0.14)
Foco Emoción	0.11	0.13	.402	0.15(0.18)
Foco Evitación	0.00	0.12	.987	0.00(0.16)
CPDI	0.52	0.10	.000	0.61(0.12) ***
Estrés (DASS-21)				
Sexo (1=Hombre)	0.01	0.16	.947	0.01(0.10)
Edad	-0.14	0.07	.037	-0.22(0.11) *
PrimeraLinea	0.04	0.15	.766	0.03(0.09)
FocoProblema	-0.04	0.08	.643	-0.06(0.12)
FocoEmocion	0.13	0.11	.228	0.20(0.17)
FocoEvitacion	0.23	0.10	.015	0.36(0.15) *
CPDI	0.55	0.08	.000	0.76(0.13) ***
Covarianzas latentes				
Edad w/Sexo (1=Hombre)	-0.09	0.03	.003	-0.23(0.07) **
Edad w/Primera Línea	-0.12	0.05	.009	-0.29(0.10) **
Edad w/Foco Problema	0.03	0.09	.734	0.03(0.09)
Edad w/Foco Emoción	0.08	0.09	.329	0.09(0.09)
Edad w/Foco Evitación	0.02	0.09	.856	0.02(0.09)
Sexo w/Primera Línea	0.01	0.01	.472	0.06(0.08)
Sexo w/Foco Problema	0.03	0.03	.314	0.08(0.08)
Sexo w/Foco Emoción	0.04	0.04	.263	0.11(0.09)
Sexo w/Foco Evitación	-0.00	0.04	.904	-0.01(0.09)
Primera Línea w/Foco Problema	-0.01	0.04	.863	-0.01(0.08)
Primera Línea w/Foco Emoción	-0.06	0.04	.079	-0.15(0.09)
Primera Línea w/Foco Evitación	-0.01	0.04	.853	-0.02(0.08)
Foco Problema w/Foco Emoción	0.68	0.12	.000	0.68(0.05) ***
Foco Problema w/Foco Evitación	0.67	0.12	.000	0.67(0.06) ***
Foco Emoción w/Foco Evitación	0.63	0.14	.000	0.64(0.07) ***
Insomnio w/ Depresión	0.13	0.05	.010	0.22(0.08) **
Insomnio w/Ansiedad	0.10	0.06	.093	0.16(0.10)
Insomnio w/Estrés	0.12	0.05	.009	0.25(0.10) **
Depresión w/Ansiedad	0.29	0.07	.000	0.50(0.09) ***

Depresión w/ Estrés	0.29	0.07	.000	0.58(0.07)	***
Ansiedad w/Estrés	0.31	0.06	.00	0.63(0.05)	***

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

Fuente: *Elaboración propia, 2024.*

Se optimiza el modelo², eliminando los senderos no significativos y añadiendo aquellos que mejoran el ajuste del modelo (según criterio BIC) de forma iterativa. Con esto se logra un nuevo modelo con buenos indicadores de ajuste global ($\chi^2_{df=37} = 50.023$; $p = 0.08$; $NNFI_{Robusto}=0.98$; $CFI_{Robusto}=0.98$; $RMSEA_{Robusto}=0.05$), cuyos parámetros se presentan en la Tabla 3.

En este modelo, el estrés por COVID-19 es predicho a partir de la edad y el foco en la evitación: una mayor edad disminuye, con magnitud baja ($\beta_{Est} = -.24$), el estrés por COVID-19; mientras que un mayor uso de estrategias de afrontamiento focalizadas en la evitación lo aumenta, con una magnitud alta ($\beta_{Est} = 0.42$). Al relacionar estos resultados con la hipótesis 3 (a edad más joven, más estrés) y 6 (las estrategias evitativas aumentan el estrés); se tiene evidencia para rechazar la hipótesis nula correspondiente.

Una mayor edad también se relaciona con reducciones en el insomnio ($\beta_{Est} = -0.20$) y el estrés ($\beta_{Est} = -0.13$), como sintomatología del DASS-21; mientras que

² Valores de R2 con modelo optimizado: Distrés peritraumático (CPDI) 0.19, Insomnio (IAS) 0.37, Depresión 0.36, Ansiedad 0.37, Estrés 0.55

el uso de estrategias de evitación también aumenta la sintomatología de estrés de forma moderada ($\beta_{Est} = 0.33$).

A su vez, el estrés por COVID-19 es un predictor estadísticamente significativo para el insomnio, la depresión, la ansiedad y el estrés; en todos los casos con un efecto positivo de magnitud alta ($\beta_{Est} > 0.60$), por lo tanto se tiene evidencia para rechazar la Ho4.

Al estudiar las relaciones no direccionaladas, se observa que los profesionales de primera línea son los que tienen menor edad ($\beta_{Est} = -0.21$). Además, existen relaciones bivariadas positivas entre las estrategias de afrontamiento, de forma tal que, a mayor uso de una de las estrategias de afrontamiento, se podría esperar que también se utilicen las demás. Finalmente, se evidencian relaciones bivariadas positivas entre las subescalas que mide el DASS-21, de tal manera que cuando se observa un nivel elevado de estrés, ansiedad o depresión, se espera encontrar el mismo nivel elevado en las dos subescalas restantes.

Tabla 6

Parámetros del modelo optimizado

Parámetros	Valores estimados			
	B	Error Est.	p	β_{Est}
<u>Coeficientes de regresión</u>				
<u>Distrés Peritraumático (CPDI)</u>				
Edad	-0.22	0.08	.008	-0.24(0.10)*
Foco Evitación	0.38	0.07	.000	0.42(0.09)***
<u>Insomnio (IAS)</u>				
CPDI	0.56	0.08	.000	0.63(0.11)***
Edad	-0.16	0.07	.021	-0.20(0.09)*

Depresión (DASS-21)				
CPDI	0.55	0.10	.000	0.62(0.09)***
Ansiedad (DASS-21)				
CPDI	0.60	0.10	.000	0.68(0.10)***
Estrés (DASS-21)				
CPDI	0.60	0.07	.000	0.81(0.12)***
Foco Evitación	0.22	0.05	.000	0.33(0.08)***
Edad	-0.09	0.04	.027	-0.13(0.06)*
Covarianzas latentes				
Edad w/Sexo	-0.09	0.03	.011	-0.21(0.08)**
Edad w/Primera Línea	-0.11	0.04	.007	-0.28(0.09)**
Foco Problema w/Foco Emoción	0.68	0.12	.000	0.68(0.05)***
Foco Problema w/Foco Evitación	0.67	0.12	.000	0.67(0.05)***
Foco Emoción w/Foco Evitación	0.65	0.14	.000	0.65(0.07)***
Foco Evitación w/Depresión	0.13	0.06	.023	0.16(0.06)**
Depresión w/Ansiedad	0.32	0.09	.000	0.50(0.10)***
Depresión w/Estrés	0.30	0.08	.000	0.56(0.08)***
Ansiedad w/Estrés	0.33	0.07	.00 0	0.63(0.06)***

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

Fuente: *Elaboración propia, 2024.*

4.1.4. Exploración de datos

4.1.4.1. Redes moderadas

Se calculan 16 redes no direccionales basadas en correlaciones parciales regularizadas utilizando técnica de penalización Lq con selección de parámetros por validación cruzada de 10 iteraciones. En todas estas redes se incluyen las ocho variables centrales del estudio (estrés por COVID-19, Insomnio, Depresión, Ansiedad, Estrés, Afrontamiento focalizado en el problema, Afrontamiento

focalizado en la emoción y Afrontamiento focalizado en la evitación) y uno de 16 potenciales moderadores.

Entre los gráficos que conforman la Figura 9 se identifican dos moderadores que persisten luego de la regularización: estar en primera línea y ser el único laboralmente activo de su grupo.

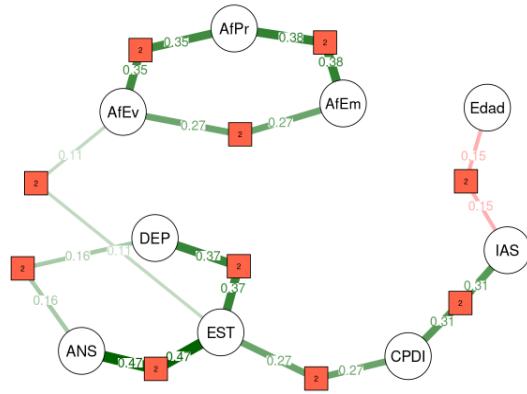
Los siguientes gráficos representan una visualización de las relaciones bivariadas y multivariadas (interacción de tres variables) entre las distintas variables de estudio. En estos gráficos, los círculos representan las variables, a saber: ansiedad (ANS), depresión (DEP), estrés (EST), estrés por COVID 19 (CPDI), afrontamiento centrado en la emoción (AfEm), afrontamiento centrado en el problema (Afpr), afrontamiento centrado en la evitación (Afev) e insomnio (IAS). Por otra parte, las líneas representan relaciones entre las variables, cuya intensidad está presentada en su grosor (líneas más gruesas indican una relación de mayor magnitud). Aquellas líneas etiquetadas con cuadrados rojos señalizados con un 2, indican relaciones bivariadas. En estas relaciones bivariadas, el color rojo se usa para comunicar que la relación es negativa (mientras una variable aumenta, la otra disminuye); mientras que el color verde, para relaciones positivas (ambas variables aumentan y disminuyen a la vez). Las interacciones de tres variables aparecen en las redes moderadas; es decir en aquellas en donde la estructura de la red cambia en función del valor de la variable moderadora. Las interacciones de tres variables están representadas por líneas grises que conectan tres variables y

están señalizadas por un triángulo azul, etiquetado con un 3. En el caso en que aparezcan redes moderadas, se generan gráficos para mostrar las diferencias en las redes en función del valor de la variable moderadora.

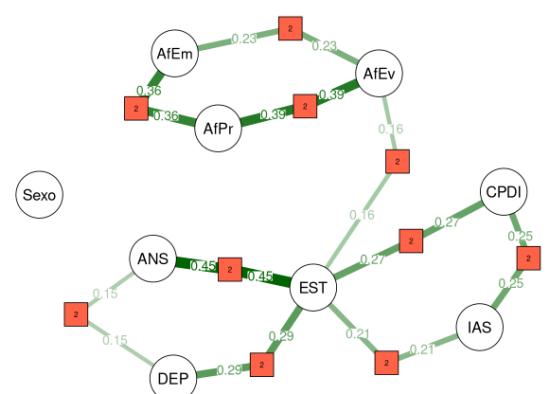
Figura 8

Análisis de redes moderadas.

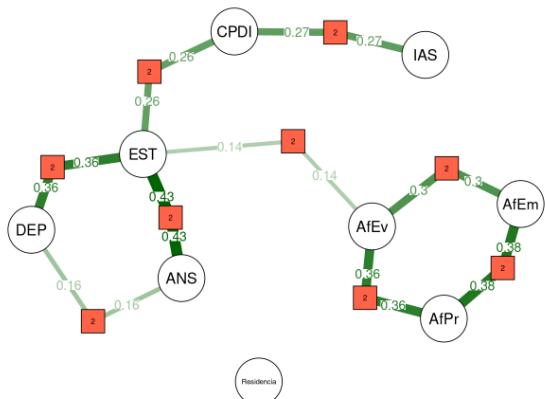
A. Edad



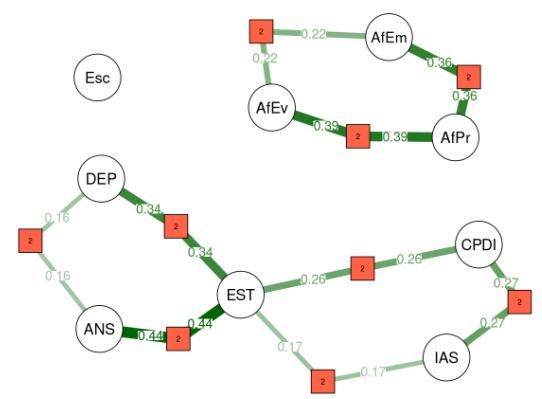
B. Sexo (1=Hombre)



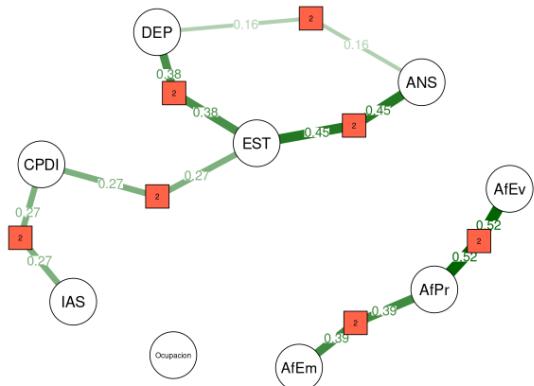
C. Área de residencia



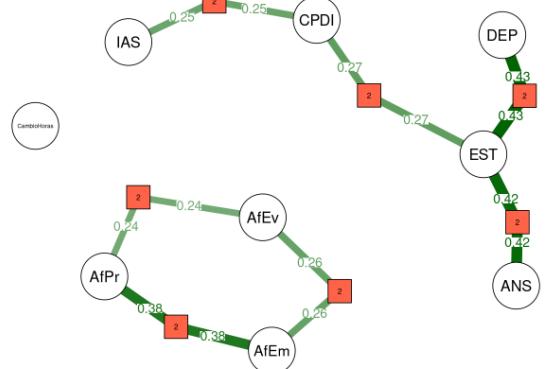
D. Escolaridad



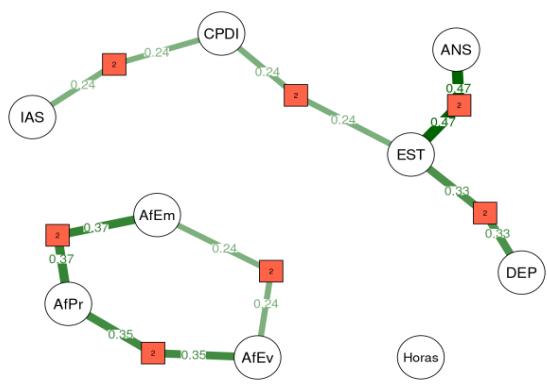
E. Ocupación



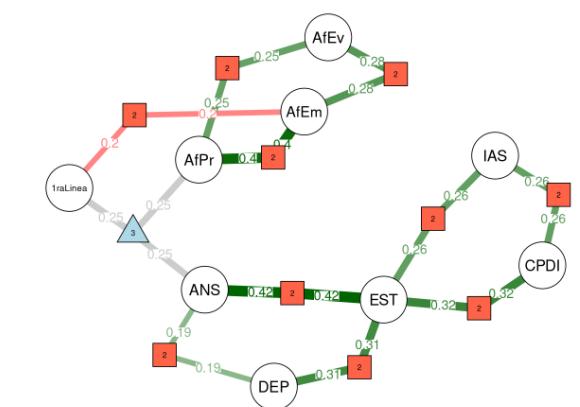
F. Cambio de horas



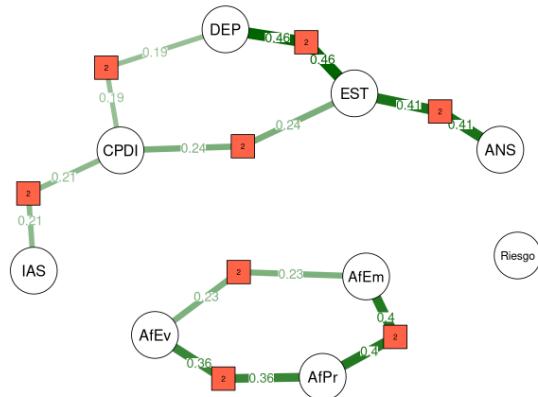
G. Promedio de horas de trabajo a la semana



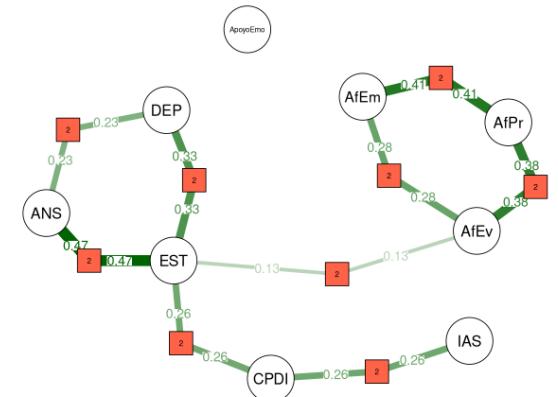
H. Condición de estar en primera línea



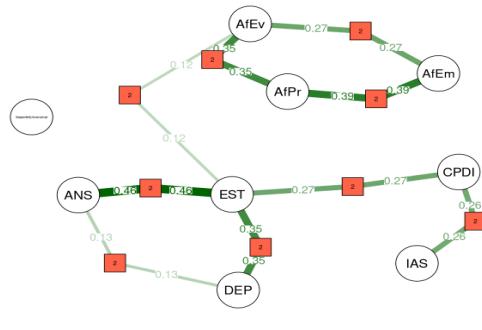
I. Presencia de factores de riesgo (personal)



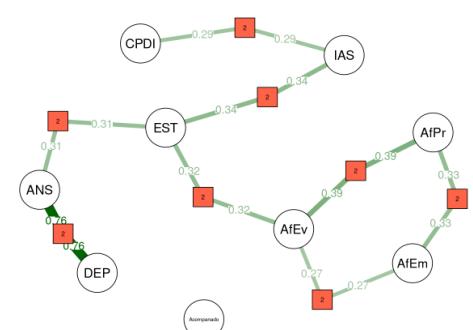
J. Apoyo emocional profesional



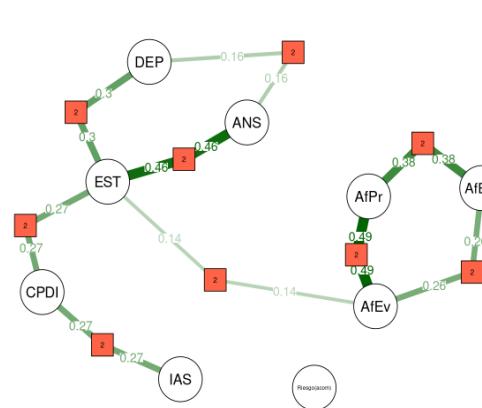
K. Soporte emocional institucional



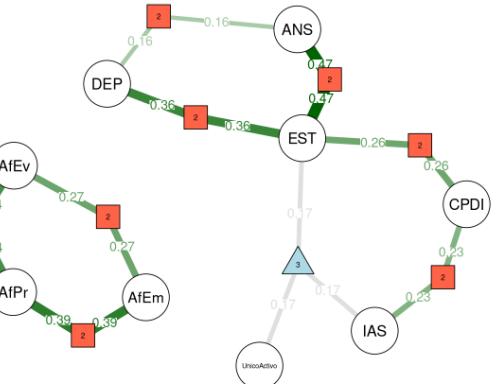
L. Residir acompañado



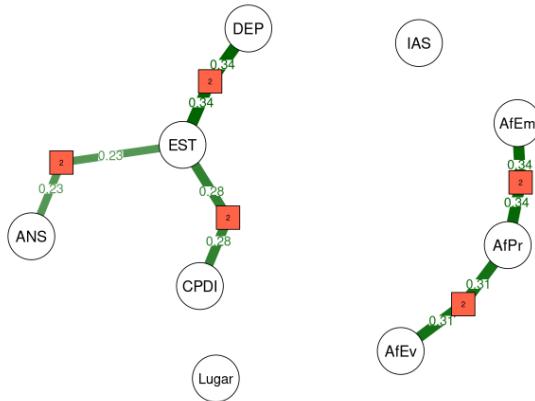
M. Presencia de factores de riesgo (acompañante)



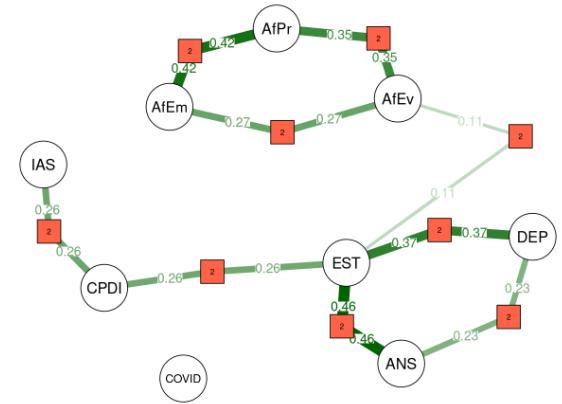
O. Único laboralmente activo



P. Lugar de trabajo



Q. Diagnóstico de COVID-19



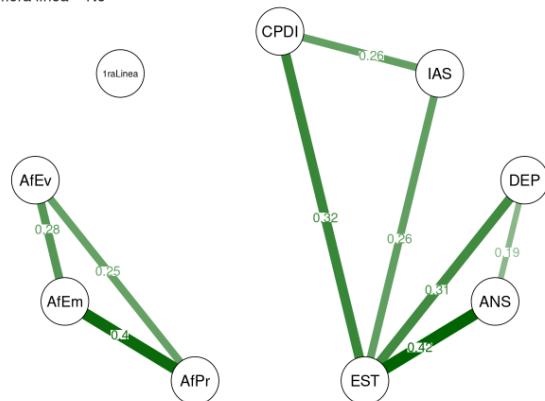
Como se aprecia en las redes a continuación (Figura 9:C) la condición de estar en primera línea tiene un efecto positivo (0.43) sobre la relación entre el afrontamiento centrado en el problema y la ansiedad. Este efecto se traduce en que, cuando se está en primera línea, el aumento en el afrontamiento centrado en el problema se asocia con un aumento en los niveles de ansiedad (Figura 9:B); mientras que cuando no se está en primera línea, no existe asociación entre estas variables (Figura 9:A).

Figura 9

Red condicionada por participación en primera línea

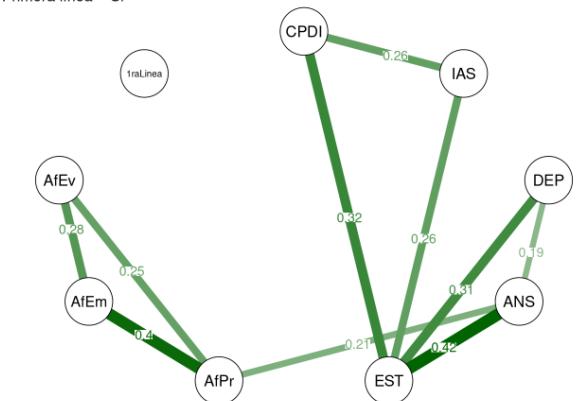
A. Primera línea = No

Primera línea = No

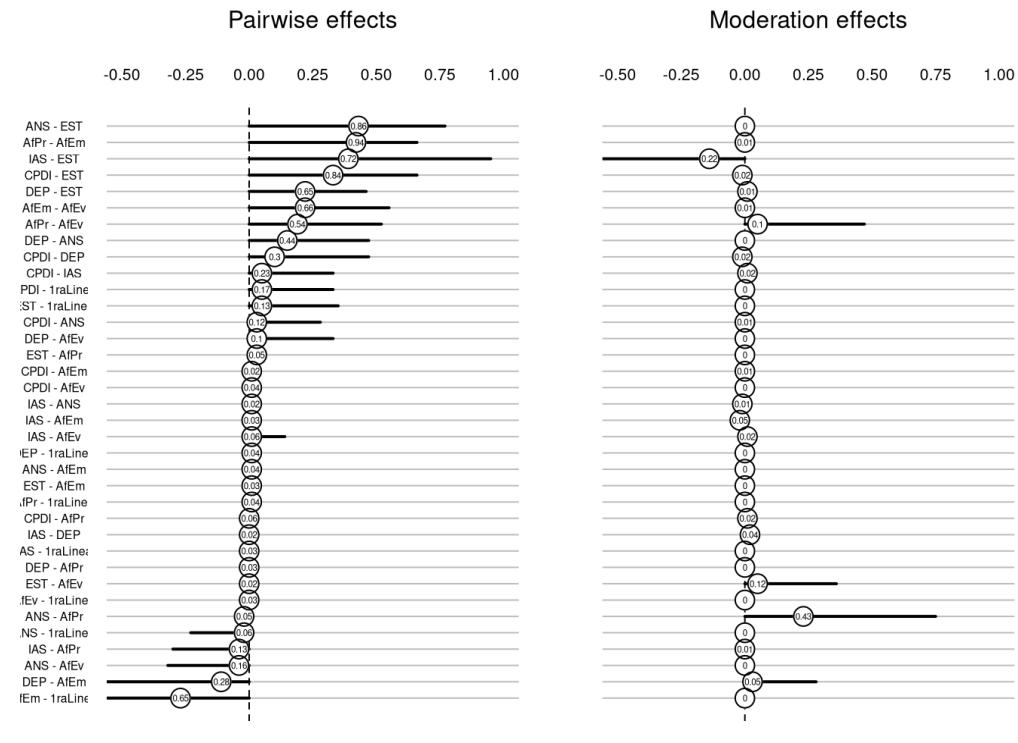


B. Primera línea = Sí

Primera línea = Sí



C. Estabilidad de los efectos



Fuente: *Elaboración propia, 2024.*

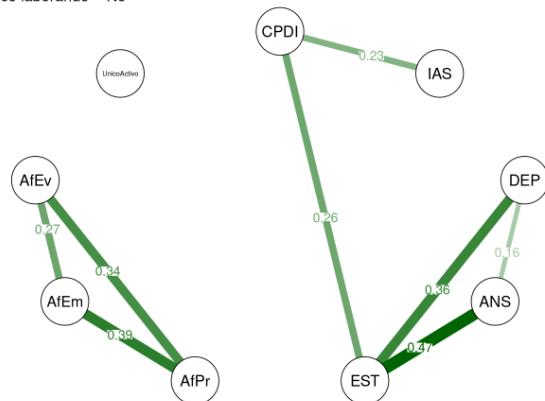
En cuanto a la moderación por la condición de ser el único laborando de forma activa en el grupo de convivencia, ésta tiene un efecto positivo (.28) sobre la relación entre el insomnio y el estrés (Figura 10:C). Cuando se es la única persona laborando de forma activa, el aumento en el estrés es acompañado por un aumento en el insomnio (Figura 10:B); sin embargo, cuando esta condición no ocurre, la relación entre estrés e insomnio desaparece (Figura 10:A).

Figura 10

Red condicionada por ser el único laborando activamente en su grupo

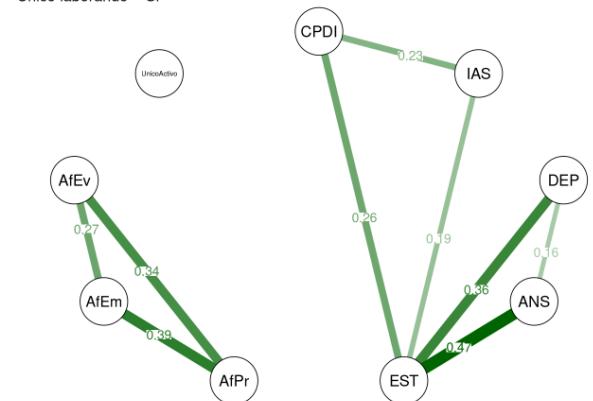
A. Único laborando activamente = No

Único laborando = No



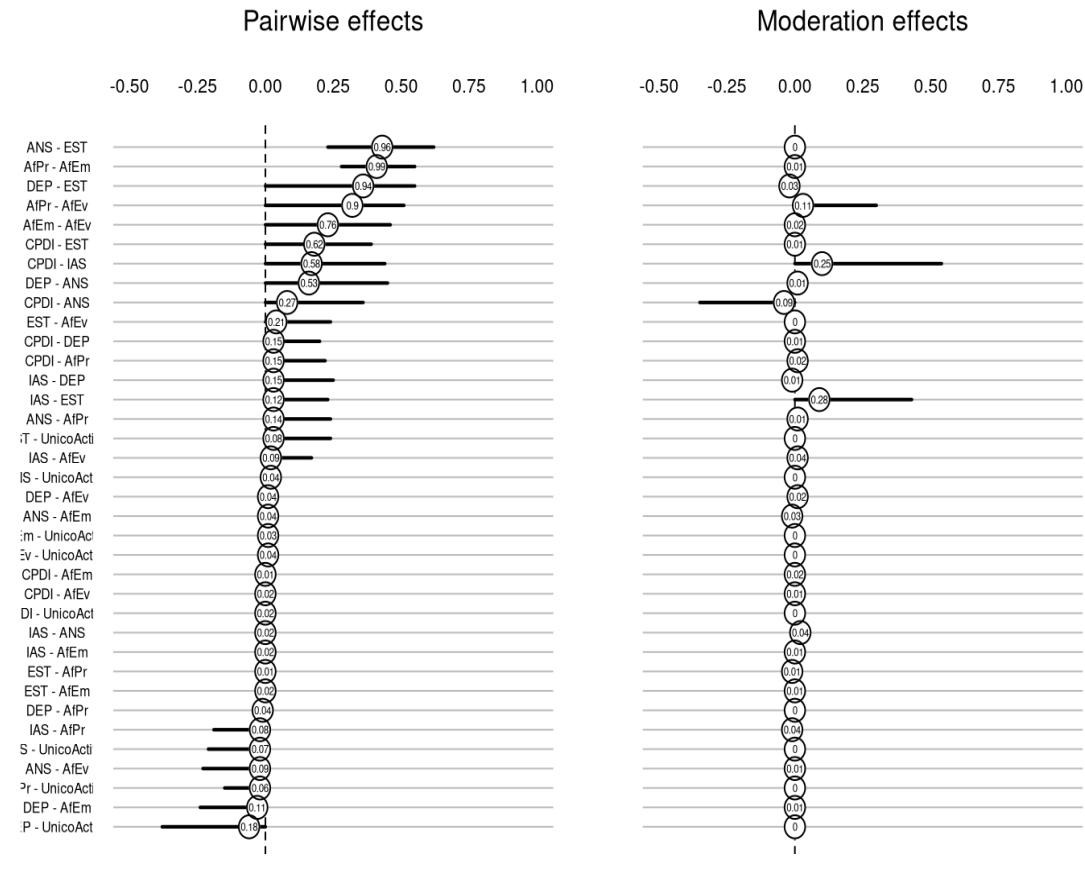
B. Único laborando activamente = Sí

Único laborando = Sí



Fuente: *Elaboración propia, 2024.*

C. Estabilidad de los efectos



Fuente: Elaboración propia, 2024

4.1.4.2. Análisis de perfiles latentes

Al comparar 126 modelos con un rango de uno a nueve perfiles latentes y distintas configuraciones de forma (14), se encuentra que el mejor modelo, según el BIC y el ICL (Tabla 7) es el modelo diagonal de volumen variable y forma igual con tres perfiles latentes.

Tabla 7*Tres mejores modelos de perfil latente según BIC e ICL*

Modelo	BIC	Δ_{BIC}	ILC	Δ_{ILC}
VEI, 3	-4541.872	—	-4542.129	—
EEI, 3	-4598.204	-56.332	-4606.634	-61.504
EEI, 5	-4604.230	-62.426	-4610.256	-68.127

Fuente: *Elaboración propia, 2024.*

Al analizar las puntuaciones medias de los perfiles latentes en este modelo (Figura 11), se observa un primer grupo (G1) conformado por el 78.1% de participantes con puntuaciones cercanas al promedio tanto en edad, en impacto psicológico (estrés por COVID-19, insomnio, depresión, ansiedad y estrés) y en niveles de estrategias de afrontamiento (focalizado en problema, focalizado en emoción, focalizado en evitación). En este grupo se evidencia una mayor proporción de mujeres, con residencia en área urbana, enfermeros/as, en primera línea, que han tenido cambios en el horario de trabajo, con presencia de factores de riesgo, poco uso de apoyo emocional profesional e institucional, que residen acompañados con bajas tasas de diagnóstico COVID (alrededor de 10%) y una proporción equilibrada entre quienes son y quienes no son los únicos laboralmente activos en su grupo.

El segundo perfil latente (G2) incluye al 19.5% de los participantes y es caracterizado por los que presentan una mayor sintomatología psicológica. Sus puntuaciones están por encima del promedio en todos los indicadores de ajuste

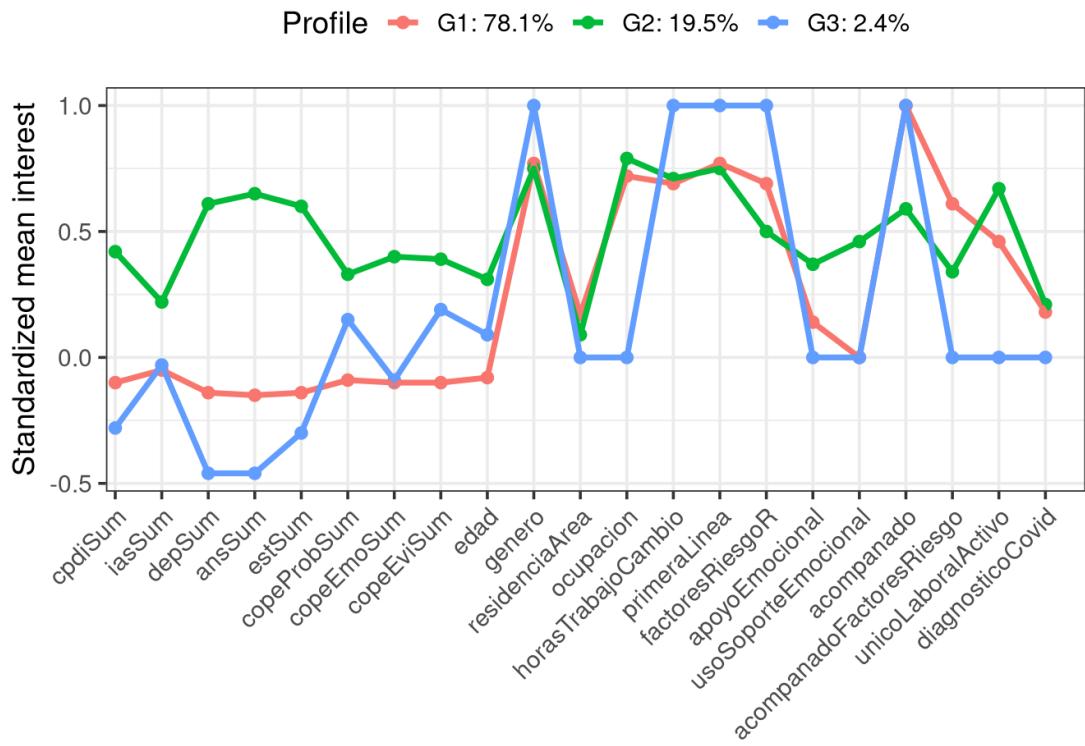
psicológico (estrés por COVID-19, insomnio, depresión, ansiedad y estrés).

Coincidentemente, son también quienes presentan puntuaciones por encima del promedio en sus estrategias de afrontamiento y los que reportan mayor uso de recursos de apoyo emocional profesional y líneas de soporte emocional institucional. En comparación con los otros dos grupos, manifiestan con mayor frecuencia residir solos y ser los únicos laboralmente activos en sus grupos de convivencia.

Finalmente, el tercer grupo (G3) que es conformado por 2.4% de los participantes podría caracterizarse como el que ha sido menos afectado. Salvo por el insomnio, cuyo nivel se encuentra en el promedio, los demás indicadores de ajuste psicológico (estrés por COVID-19, depresión, ansiedad y estrés) se encuentran bajo el promedio. En comparación con el G1, presentan un mayor uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema y centradas en la evitación; pero su uso es menor que en el G2. Todas son mujeres. Además, se encuentran diferencias marcadas con respecto a los otros grupos en la ocupación (todas tienen ocupaciones distintas a la de enfermera; mientras que en los otros grupos la ocupación mayoritaria es la de enfermero/a); en que todas viven acompañadas de alguien en su residencia y quienes las acompañan no presentan factores de riesgo (aunque todas ellas sí); y ninguna es el único miembro laboralmente activo de su grupo de convivencia ni ha sido diagnosticada con COVID-19.

Figura 11

Medias de perfiles latentes



Nota: El uso de estrategias de afrontamiento se activa en el grupo G2/ recurren a soporte emocional. Fuente: *Elaboración propia, 2024.*

4.2. Resultados cualitativos

A continuación, se presenta la Tabla 8 que sintetiza las zonas de sentido que surgen del análisis del discurso, en relación con el marco conceptual propuesto a partir de los objetivos cualitativos (O5, O6).

Tabla 8

Temas y zonas de sentido surgidos de la relación del marco conceptual y el discurso.

Temas	Zonas de sentido:
Identidad Laboral	Cambios temporales en relación con: <ul style="list-style-type: none">● Vestimenta y equipo de protección● Horas de trabajo/ turnos
	Relación entre el personal de salud <ul style="list-style-type: none">● Trabajo en equipo● Cambios en rutinas sociales
	Relación con los pacientes <ul style="list-style-type: none">● Aproximación con familiares● Identidad vs. Anonimato● Cercanía vs. Distancia
	Relación con los jefes

- Reconocimiento vs.
Desvalorización
-

Valoración de la carrera

- Respeto a la vocación
 - Percepción externa
 - Dificultades
-

Estigmatización

- Exclusión del uso de espacios públicos
 - Actitudes de rechazo social
-

Campaña “Héroes”

- Rechazo al ideal
 - Ambigüedad entre expectativa y realidad
-

Miedo a la muerte A la muerte

- Miedo a la propia muerte
 - Miedo a la muerte de otros
-

Al contagio

- Miedo a contagiarse
 - Miedo a contagiar a los demás
-

Como factor protector

- Hábitos saludables
 - Tolerancia
-

Traumatización Vicaria	<u>Síntomas ansiosos</u>
	<u>Síntomas depresivos</u>
	<u>Accidentes somáticos</u>
	<u>Mecanismos de supresión</u>
	<u>(no comer/ no beber)</u>
	<u>Cambio en los patrones de sueño</u>
	<u>Burnout</u>

Fuente: Elaboración propia, 2024.

4.2.1 Identidad laboral

4.2.1.1 Cambios temporales o permanentes

Todos los entrevistados describen cambios en su lugar de trabajo a partir del inicio de la pandemia por COVID-19 y las emociones asociadas a los mismos. Estos cambios temporales o permanentes se relacionan a: *la cantidad de horas o turnos realizados y la vestimenta y el equipo de protección*. A continuación, se citan fragmentos significativos de sus experiencias en relación con:

- ***Las horas de trabajo y los turnos***

Los turnos aumentaron, las horas de trabajo, enseguida todo fue una contingencia, a nadie se le iba a dar vacaciones e inclusive hasta el momento no tenemos vacaciones (0109)³

Para mí ha sido bastante difícil, primero porque nosotros no hacíamos turnos, mi horario era de lunes a viernes, de 7 de la mañana a 3 de la tarde, luego bueno, nos han modificado nuevamente los horarios, los turnos y con todo esto, tengo una hija pequeña que está en pre kínder (0409).

Cuando los compañeros se enferman tienes que ir hasta los 5 días de 12 horas porque no hay personal y te agotas mucho. Yo a veces llego y me baño y no tengo ganas ni de comer sino de dormir. Los turnos son sumamente pesadísimos no sólo por las 12 horas sino por la cantidad de gente, la que atiendo a diario (1512).

El estrés de las 12 horas comenzó a reventar porque los turnos seguían siendo de 12 horas. Nosotros entramos en este tipo de alerta nacional por pandemia y metieron, implementaron los turnos de 12 horas. ¿Pero adivina qué? No había personal. Por fuerza te deberían tocar 4 días libres. Eso es lo que dice el código, pero ya cumpliste con tus 30 horas de la semana, que son las horas que pagas en intensivos, esos 4 días son libres, qué va, no son libres. Tú terminabas haciendo 5 turnos, o sea 60 horas a la semana (1912).

³ En adelante se usa la letra en cursiva para hacer alusión al discurso analizado de las personas entrevistadas. Los códigos identifican a cada participante, según lo señalado en el capítulo 3.

El hecho de realizar tareas para las que algunos no estaban capacitados es un factor definido como estresor para los trabajadores sanitarios (Santamaría et al., 2020). A su vez, no contar con suficientes profesionales de salud entrenados para dar respuesta a una alta demanda de pacientes, sumado a las ausencias de los profesionales especializados que resultaban positivos a COVID-19, dio lugar a que el personal con mayor experiencia tuviera que doblar la cantidad de horas semanales de su jornada laboral, así como también ser quienes entrenaban al personal nuevo recién contratado, algunos de éstos recién graduados.

En coincidencia con la investigación de Loyola da Silva et al. (2021), quién menciona el rol de los enfermeros/as como fundamental durante la pandemia, teniendo en cuenta que, en este estudio con población panameña, la mayor parte del personal de salud es enfermero/a (71,4 %). Además, según el estudio mencionado la enfermería fue una de las especialidades que más horas de trabajo destinó al servicio de atención de pacientes con COVID-19.

Según las declaraciones del personal entrevistado, algunas especialidades que funcionaban en un horario regular tuvieron que implementar turnos rotativos y nocturnos, lo cual requirió nuevas adaptaciones en el ámbito familiar, que serán explicadas más adelante en el análisis.

- ***El equipo de protección***

Usted se agacha siente que el sudor cae, es espantoso estar debajo de ese montón de cosas y no hay mascarilla que me quede, la N95 me partía la cara en

pedazos, una vez se me hincho un ojo. Esos uniformes son tan calientes, tan calientes y teníamos problemas con aires acondicionado que nos desmayábamos y yo fui una de las que me desmayé (0209).

Luego para retirarnos el equipo de protección porque es la parte más peligrosa donde dicen que es donde más se contagia el personal de salud, cuando se está retirando todos nos ayudamos, ponemos pasos primero aquí, después acá y así todos estuvimos pendientes uno del otro para retirarnos el equipo (0610).

Cuando uno se coloca el equipo de protección personal es algo traumático en verdad porque usted no puede cumplir con sus necesidades básicas (...) es difícil porque no puede quitarse su traje para ir al baño, tienes que utilizar un pamper para poder hacer sus necesidades, entonces es muy difícil. Yo por lo menos nada más paso 12(..)El dolor de cabeza que uno tiene porque en el hospital por lo general no hay aire, porque están prohibidos los aires por la cuestión de intercambio de ventilación (0710)

Como dos horas después de haber entrado, me fue entrando un ataque de pánico. Yo sentía que no podía respirar, yo sentía que me estaba ahogando en mi propio sudor porque por dentro tú estás botando sudor que es un contento, entonces yo necesitaba respirar (1411).

Yo tenía que usar parche hidrocoloide en el tabique y en los pómulos porque la N95 sí te ayudaba, pero ¿qué pasaba cuando tú usabas el lente de protección? Ello en la parte del tabique que es donde estaba el alambre de la N95, y eso te marcaba más. A veces, yo tenía compañeras que no tenían, ya sea el mismo cuidado

o la misma cuestión, dos tres días usaron en 3 turnos de 12 horas y ya ellas estaban ulceradas en la nariz. Ulcerada, ulcerada, al punto de infección que tenía una ampollita con pus y todo (1912).

En los primeros meses de la pandemia, la información sobre el virus de SARS-CoV-2, respecto a su modo de transmisión y letalidad aún se encontraba en estudio, existía mucha incertidumbre sobre su forma de contagio, con lo cual se extremó el tipo de indumentaria y equipo de protección que se debía implementar para el personal sanitario. El uso del equipo de protección, específicamente el “monkey” hace que la experiencia del trabajo en áreas COVID-19 sea sumamente complejo. De acuerdo con los participantes: requiere ayuda de otros colegas para colocarlo y retirarlo, produce una sensación permanente de asfixia, suprime la ingesta de alimentos e hidratación inclusive dos horas antes de portarlo, empañan los lentes, es sumamente caluroso. El uso correcto de un equipo de protección requiere mínimo un entrenamiento con varios ensayos; ésta no fue la realidad de nuestros participantes. Varios describen haber experimentado síntomas de ansiedad y otros síntomas como enrojecimiento de la piel, al portar el “monkey”.

Así mismo, en coincidencia con los relatos, la Asociación Nacional de Enfermeras de Panamá (ANEPE, 2020), realizó denuncias de las condiciones laborales especificando la sobrecarga laboral y el uso inadecuado de equipos de protección.

4.2.1.2 Relación entre el personal de salud

En las relaciones entre profesionales se pudo observar *el trabajo en equipo* y *los cambios en las rutinas sociales* como puntos claves:

- ***Trabajo en equipo***

Con algo nuevo se suma una carga doble, quizás triple. Primero tienes que convencer a tu personal de que todo va a estar bien, de que no va a pasar nada, que estamos preparados, que estamos haciendo todos los protocolos internacionales, porque de verdad la gente estaba así, que no iba a atender a esos pacientes (0109).

Todos nos dimos confianza el uno al otro y sacamos adelante el procedimiento. Porque en verdad siempre las primeras veces que uno se enfrenta a este tipo de situaciones son bien difíciles (0610).

Si yo faltó yo sé que estoy dejando a un compañero doblando 24 horas, entonces es algo increíble porque a mí no me gustaría que me lo hicieran (0710).

La pandemia nos dejó en eso de tratar de ser un poco más empáticos, de trabajar más en equipo, trabajar mucho la salud mental que nos desestabilizó totalmente. Muchos que no tenemos hijos preferíamos ir a aislamiento en vez de las compañeras que tenían, para cuidarlas también (2312).

- ***Cambios en rutinas sociales***

Íbamos a comer, se celebraban cumpleaños. La convivencia es lo que ayudaba a la unión de grupo, pero ahora ha cambiado (1310).

Antes tú te sentabas a comer con todos tus compañeros, charlabas y después entrabas al trabajo; ahora no, todos estamos como que nos miramos a la cara y no sabemos quién es quién (1512).

El trabajo en equipo fue clave para el funcionamiento del sistema de salud durante la pandemia de COVID-19, se coincide con uno de los participantes “*sin el trabajo en equipo de verdad que hubiéramos colapsado*”. Los participantes narran cómo entre ellos mismos se cuidaban, se brindaban sostén emocional mutuamente. Algunos asumieron un rol de liderazgo, al compartir información y entrenar a los “nuevos” de acuerdo con el material científico que estudiaban a diario. Otros identificaron a quienes estaban vulnerables y les daban la posibilidad de hablar o de descansar.

En este sentido, esto coincide con el estudio de Oviedo et al. (2022), quienes analizan la respuesta psicosocial a la pandemia de COVID-19 en adultos residentes en Panamá. Este trabajo concluye que las conductas prosociales y la percepción de apoyo psicosocial se asocian a una mejor respuesta a la pandemia por COVID-19. Tal como ocurre en este estudio con personal sanitario, cuyo modo de funcionamiento se caracterizó por la gran empatía y solidaridad entre ellos. Estos efectos sociales pueden asociarse a la resiliencia social, es decir, la capacidad de una comunidad para recuperarse y reconstruirse después de un evento traumático (Puga, 2021).

4.2.1.3 Relación con los pacientes

En esta zona de sentido se han encontrado significados vinculados a la *aproximación con familiares*, la relación de la *identidad vs. anonimato y la cercanía vs. distancia*.

- ***Aproximación con familiares***

Yo se lo pongo al oído a la persona para que el paciente escuche y de esa forma un granito de arena que he podido hacer de ponerle por lo menos el mensaje del familiar y ellos se han sentido un poco más tranquilos (0209).

- ***Identidad vs. Anonimato***

Había una relación. El paciente te reconocía, cómo estás apenas llegaba, él nos hablaba de forma personal, con nombre propio, ahora el ya no sabe quién es quién, si la compañera que está al lado soy yo o no, que nos identifica por el tono de voz, ya no es por la cara si no por el tono de voz que nos logra identificar, porque tenemos que usar una mascarilla, una careta y las batas (0509).

Uno hacía más contacto o relación con el paciente. Ahora tú haces lo que vas a hacer, preguntas lo que vas a preguntar y ya te marchas, comparado a antes que convivíamos un poco más con el paciente (1310).

- ***Cercanía vs. distancia***

Creas ciertos lazos con los pacientes que pasan ahí de un mes o mes y medio, uno como que los ve más a fondo, le ve en su cara el terror de que pueden morir en cualquier momento (1210).

Desde que comenzó esto de COVID yo veo a todos los pacientes como un contaminante, pero no puedo dejar de ser humana, no puedo dejar de tener empatía. Y cuando los miro me pasa por la cabeza que tengo que ayudarlos, no importa qué es lo que tenga (1512).

Ha cambiado mucho, ya no puedes ese apoyo, esa tocadita de hombro que siempre sirve de algo o esa agarrada de mano de “tranquilo, mire, todo tiene solución en esta vida”. Todo eso ha cambiado (2401).

Me gustaba mucho conversar con ellos y ahora que estoy en intensivos no se puede, porque la mayoría de los pacientes están intubados (1811).

Una característica de las relaciones descrita por los participantes explica la identidad versus el anonimato del personal de salud: antes de la pandemia cada uno podía ser reconocido por el paciente durante su permanencia en el hospital por su rostro, su tono de voz, su nombre (en el carnet). Sin embargo, el equipo de protección dificulta identificarlos, quedando “enmascarados”. Esto impacta en la identidad del personal, dado que el anonimato en el que se encuentran bajo el equipo de protección, afecta la posibilidad de construir el propio yo ante los pacientes (Bernal Guerrero, 2009) y en consecuencia también se afectan los vínculos.

Al respecto de lo anterior, los participantes describen cómo antes de la pandemia lograban establecer una relación más cercana y cálida con los pacientes; pero la posibilidad de contagio conlleva a cambios en las rutinas de cuidado, volviéndose más breves los contactos. Esto resulta comprensible en un contexto donde prima el distanciamiento sobre la cercanía, como fue caracterizada la

pandemia (Morales, 2022). No obstante, esta distancia no resulta ser una actitud propia de la voluntad de los trabajadores entrevistados, sino impuesta por las medidas sanitarias.

La empatía del personal de salud los lleva a pensar en modos de aproximación entre ese paciente en aislamiento y su familiar. Algunos describen cómo realizan llamadas o videollamadas para ponerlos en contacto o permitir una despedida. Estas conductas permiten estrategias de afrontamiento como la búsqueda de apoyo social, mediada por el personal sanitario, entre pacientes y sus familiares (Chilón Díaz, 2021).

4.2.1.4 Relación con los jefes

Para la relación del personal con sus jefes se ha seleccionado el significado entre el vínculo de la necesidad de *reconocimiento vs. la desvalorización* por las autoridades y la propia institución.

- ***Reconocimiento vs. Desvalorización***

Ese día recuerdo yo llevaba una N95 porque mi esposo me la había conseguido y nos dicen: ustedes tienen Covid y si no lo tienen ¡se quitan esas mascarillas!, yo le dije: ¡no me la voy a quitar, haga problema haga lo que quiera! “ustedes aquí no pueden estar, ¡váyanse a atender y para la casa!”, es duro cuando tú encuentras eso (0910).

Las jefaturas funcionales de salud no les interesa con el personal, el personal puede estar agotado, el personal puede estar enfermo pero el personal,

para ellos, tienes que ir a cumplir a la institución...que si yo quería hacerme una prueba tenía que buscar por fuera. Hace sentir peor aún de que no te está apoyando ni siquiera tu misma institución, no te respalda para saber si tú estás o no en condiciones para poder ir a trabajar. En ese sentido siento que las instituciones nos están dando la espalda (1411).

La jefa, ¡ni un mensaje! por esos grupos para por lo menos darles ánimos: “cuenta conmigo, saldremos adelante”, que se yo, de repente, así sea de mentiritas, pero que uno por lo menos sienta que están valorando lo que uno hace. No es que tenga que saber toda mi vida pero por lo menos saber su personal cómo se siente, esto que si necesitan apoyo en algo o no sé qué, por lo menos se tenga una reunión virtual o algo cada cierto tiempo para que pongan sus ideas, sus situaciones, pero eso no se ha dado, no se ha sentido ese interés, simplemente es nuestro trabajo y tenemos que hacerlo, más nada (1010).

Exigir es la frase, ¡no puedes faltar al trabajo! Exigir, solamente eso. Nada de terapia, de apoyo de grupo, nada de esas cosas (2401).

Se observa en el discurso, que la presión recibida por las autoridades constituye un factor de estrés, tal como menciona Santamaría et al. (2020) en cuanto a las instrucciones y medidas de seguridad estrictas.

Por otro lado, otro factor estresante es la ausencia de apoyo organizacional (Shechter et al., 2020). En este sentido, el personal de salud denuncia no recibir

apoyo y reconocimiento por parte de sus jefes directos durante su trabajo en la pandemia.

Además, los participantes coinciden en la importancia y necesidad de crear espacios de contención emocional para manejar el estrés y ansiedad con que enfrentan la sobrecarga laboral. Este es un aspecto que se encuentra fundamentado en múltiples estudios como una forma de mitigar el impacto negativo de la pandemia en la salud mental (Chengqi Cao et al., 2022; Ortiz-Calvo et al., 2022; Filindassi et al., 2022).

4.2.1.5 Valoración de la carrera

Al valorar su carrera profesional considerando las funciones que desempeñaron durante los primeros meses de pandemia, el relato de los entrevistados se posiciona en uno de éstos tres lugares: *respecto a su elección vocacional (propio), en relación con la percepción externa (mirada colectiva) y en el contexto de las dificultades*.

- **Vocación**

La profesión que tomé es de verdad el compromiso con un ser humano, no es una cama de hospital, no es un paciente es una persona que está ahí que tiene un nombre y unos apellidos (0509).

La verdad siento que seguiría haciendo el trabajo a lo largo de mi vida, me gusta. Ha sido un privilegio formar parte de las personas que atienden a otras

personas y que están en la primera línea de atención. Sin embargo si cambiaría muchas cosas del gobierno, más que nada del sistema que hay para proteger al personal de salud (0710).

Siento que somos demasiado útiles en esta pandemia, esa parte es muy gratificante saber que somos el personal de salud y que es indispensable, por decirlo así, en esta pandemia y me siento bien, porque ser parte de esto, de controlar la pandemia, de actuar, de ser parte del frente, pues uno es reconfortante porque uno siente que la carrera que uno eligió ha valido la pena (1010).

Todo mundo se asombra. Entonces a mí me enorgullece y me encanta mi carrera, es satisfactorio poder ayudar a otras personas no solamente con las enfermedades que conocemos, sino con una enfermedad que es bastante nueva y a mí me enorgullece ser X⁴ (1611).

● *Percepciones externas*

Porque el personal de salud, tanto enfermería como en lo general, antes de la pandemia, éramos vistos como mínimo somos unas garapatas, vividores del gobierno, que por lo menos enfermería somos unas groseras o somos, somos, somos y somos, pero es un tema muy generalizado (1411).

Hay que ir a trabajar y dar todos los días lo mejor de uno. Si vamos amargados, imagínate si fuera amargada. Tras que tenemos fama de ser

⁴ En adelante, se indica con la letra X un dato que ha sido eliminado por anonimización; por ejemplo, referencia al nombre propio del lugar de trabajo, ubicación y/o profesión.

amargadas, imagínate una que vaya amargada con las personas más enfermas (1512).

Ya no somos como la imagen de que la gente tiene que somos la típica ayudante o asistente de un médico, sino que somos una profesión que ha ido trabajando, que se ha ido evolucionando y que esta pandemia simplemente nos ha un poquito más de fuerza, de valor y empoderamiento en cuanto a la profesión (2312).

Ahora sí para la sociedad, sí vale la pena que un enfermero se pase 12 horas trabajando, se dan cuenta ahora del trabajo y el deber de un personal de salud ante una situación como la de ahora. O sea, incluso la sociedad porque antes nos decían que nosotros nada más íbamos, por decirlo así, a calentar silla y a cobrar (1411).

● *Dificultades*

Yo dije yo ya di mi periodo útil como X porque ser X es muy difícil, a parte de los turnos nocturnos que me están afectando realmente. Necesito ser ubicada en un lugar donde yo pueda ejercer mi título y que yo evite turnos nocturnos por mi salud (se refiere al cambio de especialidad post maestría) (0209).

No hay opción de iniciar por allá, las vacantes de allá son muy peleadas y escasas, para poder que tú tengas alguna vacante en la región de (INT) como todo en el país funciona políticamente, tienes que tener un político que te ayude (0810).

Es mucha rosca, he ahí el problema. Todo es bajo rosca, es muy difícil. Me dijo que me bajara de esa nube, que la única manera de que yo siendo X de X

pasara a un centro de salud era con una carta de recomendación de la misma ministra de salud (1411).

Yo estoy estudiando actualmente una licenciatura X porque nuestro salario, nuestros turnos son muy mal remunerados. Tenemos mucha responsabilidad, muchos turnos y no ganamos igual que otra persona que hace el mismo trabajo (0710).

El orgullo y la gratificación proporcionada por identificación del rol de personal sanitario, como una forma de demostrar una elección vocacional, que se reitera en el día a día laboral, se encuentra en desacuerdo con los estudios analizados por Brooks et al. (2020), quienes encontraron en trabajadores de salud la reticencia al trabajo o consideración de renuncia. Por su parte, la mentalidad positiva, la voluntad de cuidar y la resiliencia, son aspectos que contribuyen a la realización de las tareas atribuidas al rol (Kalal et al., 2023).

El rol activo del personal de salud para gestionar la pandemia, en los hospitales, centros de salud y a nivel comunitario y la cobertura que realizaron los medios de comunicación sobre su trabajo, proporcionaron una oportunidad para que la población panameña comprendiera las funciones que realizan en el cuidado de la salud y las diferentes especialidades que existen. Los participantes de esta investigación que son terapeutas respiratorios e instrumentistas quirúrgicos, expresaron el desconocimiento que existe sobre su carrera, las dificultades que han atravesado durante su formación, titulación e inserción laboral, así como la

desventaja salarial respecto a otras licenciaturas en salud en donde comparten funciones similares. En los primeros meses de pandemia sus funciones han sido decisivas en el manejo de los pacientes con COVID-19, lo cual les da esperanza en que se pueda revisar nuevamente la escala salarial actual para ellos y como grupo buscar el modo de crear una asociación o gremio en dónde se sientan respaldados.

Algunos entrevistados además esperan que la población en general cambie los falsos atributos que expresan sobre el personal de enfermería, referentes a su modo de atención con el paciente.

La complejidad del trabajo descrita en este periodo no provocó en el personal entrevistado ausentismo o deserción laboral, distinto a lo reportado en otras investigaciones respecto al personal de salud, especialmente en personal de enfermería durante la pandemia (Cardenal Cárdenas, 2020; Pogo Carrillo, 2021).

Varios entrevistados manifestaron su deseo de continuar estudiando y especializándose en su área; algunos mediante maestrías y doctorados. También resaltaron como una ganancia los seminarios virtuales y capacitaciones por plataformas digitales, como Zoom que se iniciaron en ese período; valoraban conectarse y aprender con homólogos de otros países y esperaban que éstas experiencias de formación continua se mantuvieran post pandemia.

4.2.1.6 Estigmatización

En esta zona de sentido las personas expresan por un lado, la exclusión del uso de espacios públicos y por el otro lado, el rechazo en general recibido de las personas que las reconocían por el uniforme, con actitudes de violencia o maltrato.

- ***Exclusión del uso de espacios públicos***

Mire, yo fui a X hace como un mes y yo fui uniformada y no me dejaron pasar (0209).

Salimos a la parada y no pasaban buses, pasó un bus de X y me dice la compañera vámonos en este, el muchacho baja con una cosita, de “suba miss suba que nosotros le echamos Clorox”. Cuando cogimos el expreso X todo el mundo se hacía lejos, o sea se apartaban y fue horrible, nosotras cargábamos las mascarillas, mientras que nadie más lo hacía y nos sentamos en el último puesto y le digo yo a mi compañera “ellos tienen miedo de nosotros y nosotros los estamos protegiendo, porque nos estamos cuidando, en cambio ellos no se están cuidando y no sabemos si tienen o no Covid (0910).

Yo dejé de ir en uniforme. Todos dejamos de ir en uniforme porque pasó eso de que los taxistas no querían llevar a los compañeros, se nos dificultaba ir al super (1912).

- ***Actitudes de rechazo social***

A mi me pasó que en mi edificio la gente se apartaba cuando me veían vestida con el uniforme había gente que te miraba feo o si iban caminando en la misma línea que tú se cruzaban. Tuvimos compañeras que recibieron ataques

físicos por parte de otras personas, el rechazo verbal, las empujaban, las sacaban del transporte, las miraban feo. Tuvimos que, de hecho tuvimos una colega que no la dejaron ingresar a un supermercado porque iba vestida de enfermera. Entonces son ese tipo de cosas y de agresiones que muchas veces no se ve y que eso también afecta (2312).

Tú estabas ahí y tú notabas que la gente te miraba feo, como si tu fueras a contagiarlos (1912).

Mis compañeros que viven en la ciudad y él saliendo del edificio le tiraron agua sucia y le bañaron todo el uniforme y así tu escuchas a los compañeros “que no mira que me hizo esto”, la gente fue muy dura al principio con uno (0910).

La estigmatización provocó dificultades para el acceso al transporte público y el ingreso a algunos centros comerciales. Con mayor frecuencia las actitudes de rechazo se experimentaron en los supermercados.

4.2.1.7 Campaña “Héroes”

Con respecto al discurso de los profesionales participantes, la mayoría coincide con un rechazo al ideal, así como cierta ambigüedad en torno a lo que se espera de ellos y lo que se les retribuye económicamente en la realidad.

- ***Rechazo al ideal***

No somos héroes, somos personas de carne y hueso que sentimos, nuestra capa debería ser las batas, la N95 y todo lo que necesitemos para poder continuar

con la atención de manera segura. Nunca he estado de acuerdo, de que nos llamen así (0109).

Yo no me siento como heroína porque ese es mi trabajo. Eso de la heroína trataron de hacerlo el gobierno como para que nosotros no nos sintiéramos mal pero como que es una farsa, eso si yo digo bueno yo no como con aplausos, con aplausos yo no me siento bien y la demás la gente lo olvidó (0209).

Catalogando los héroes se siente muy bonito no. Es un orgullo para nosotros en este año poder sentirnos homenajeados no solamente a veces, no por nuestra profesión si no, por la población en general y que sepa que lo vamos a seguir haciendo (0309).

Nos idealizan, somos personas normales. Así como una persona normal necesita comer, nosotros también lo necesitamos, entonces es como por decir “tú como eres héroe de la salud tienes que soportar más, tienes un mérito por aguantar más tiempo sin comer o por trabajar más”. No nos hace sentir nada bien, no es una bonita campaña (0710).

● **Ambigüedad entre expectativa y realidad**

Nos median todo e incluso nos decían que “esto hay que cuidarlo”, los insumos y yo me ponía a pensar “la gente en realidad no sabe hasta dónde va todo esto de héroes, ¿por qué tiene que sacrificar uno tantas cosas?” y llegó a un punto en el que me molestaba, por decir que dijeron algo y uno solamente pudiera salir así y vamos así como un Superman a enfrentarlo todo y en realidad no sabía lo que uno estaba pasando (1010).

Esa campaña de héroes y todo no te sirve de nada, al final y pues si bonito y todo pero después realmente se olvida. “Miren a ver si pueden pagar con aplausos”, hay bastantes compañeros que no les han pagado (1210).

Que nos digan héroes no es como que nos engrandece, claramente para nosotros sería lo ideal que se pagaran las cosas como debe ser. Tengo compañeras que estudiaron conmigo en la universidad, que tienen cinco meses trabajando y los cinco meses no han cobrado (2412).

El rechazo a la campaña de los héroes fue expresado por la mayor parte de los participantes. Describen sentimientos de incomodidad y enojo ante la denominación de *héroe*s; consideran esta campaña como una estrategia mediática para intentar callarlos por la falta de insumos de protección, los atrasos salariales y las condiciones precarias de las instalaciones de salud, entre otros.

Además, los participantes resaltan no querer ocupar el lugar de sacrificio del “héroe”, sino que sean reconocidos sus derechos y necesidades. Este lugar ha sido estudiado como una de las etiquetas del discurso del héroe por Mohammed et al. (2021), quién deja al descubierto las relaciones de poder que limitan la capacidad del personal de primera línea para denunciar las condiciones de su trabajo.

En coincidencia con Cox (2020) esta campaña no permite un debate real sobre la situación, sino que somete al personal sanitario en una ambigüedad entre las expectativas y presiones sociales por “salvar a la humanidad”, y la realidad compleja del día a día laboral en el contacto con pacientes con COVID-19. Esta

realidad desata entre otros miedos, el miedo a la muerte, como se tratará en el siguiente apartado.

4.2.2 Miedo a la muerte

4.2.2.1 A la muerte

En esta zona de sentido los significados más resonantes fueron el miedo a la propia muerte y a la muerte de otros, especialmente familiares y colegas.

- ***Miedo a la propia muerte***

Uno sentía hasta un tiempo ratos de depresión, al pensar “bueno será que me toca este año, sobreviviré este año, cómo me irá y todo lo demás” Dios mío si caigo en el hospital (0610).

Me encanta mi trabajo, pero yo no quise darle la comida a la señora, me sentí tan mal porque yo sé que la señora lo necesitaba, pero ya no era algo que yo controlara, sino que el miedo mío ya no dejaba que yo actuara (0910).

- ***Miedo a la muerte de otros***

Me afecta bastante saber que mis compañeras tengan COVID, me da mucho miedo a que lleguen a fallecer (0209).

Pánico, del miedo que tenía de que alguno de mis familiares muriera con este virus (0710).

La posibilidad de contagiarse ante el nuevo coronavirus es aceptada por el personal sanitario en esta muestra. En este período estudiado (marzo a diciembre del año 2020) no existe un pronóstico claro sobre la sintomatología y curso de la

enfermedad, morir es uno de los escenarios que observan en su trabajo diario, dando lugar al reconocimiento de su propia vulnerabilidad ante la muerte y su expresión consciente mediante distintos miedos.

El miedo a la muerte se pudo expresar con mayor frecuencia en relación con los otros; es decir el miedo a que sus familiares o seres queridos muriesen, angustia descrita en algunos estudios (Puga, 2021).

Por su parte, pocos profesionales reconocieron experimentar angustia o preocupación sobre la muerte propia, lo cual es comprensible desde la teoría psicoanalítica, en palabras de Freud “en el inconsciente cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad” (1915, p. 290).

4.2.2.2 Miedo al contagio

En la zona de sentido vinculada al miedo al contagio, el relato de los profesionales da cuenta de los pensamientos negativos predominantes y la percepción del COVID como amenaza real. Se encuentran dos claves de significado en torno al *propio contagio* y *el miedo de contagiar a los demás*.

- ***Miedo a contagiarse***

Me preocupaba de que si la contaminación no fuese por no tener el insumo, si no por desconocer acerca del virus (0109).

A pesar también de las medidas de protección el temor de que uno se pueda contagiar porque ya al mes de la pandemia y bueno mi área 5 X dieron positivo (0309).

Uno antes se iba y se recostaba, uno “ay Dios mío ¿qué llegara? y que no llegara un paciente”, ahora uno piensa ¿será que llegará COVID o no llegará?, Dios quiera que no llegue COVID y uno se recuesta rogándole a Dios que de pronto no llegue COVID, así es el estrés (0610).

Esa incertidumbre de “me dio COVID mental”, ya la mente te traiciona y empiezas a pensar lo peor (1210).

El viernes que salieron los turnos me mandan los turnos que me decían que yo iba para COVID, me dio un nivel de ansiedad tan grande que me rapé la cabeza. Yo me rapé todo eso porque yo tenía, mi cabello era largo, me daba miedo se saliera y me tocara el uniforme y uno inconsciente se toca la cabeza, la cara y me daba miedo contagiarle y llevarme eso a mi casa (1411).

- ***Miedo a contagiar a los demás***

No puedo dormir una porque tengo miedo de que me dé COVID y dos tengo miedo de contagiar a mi familia (0209).

Mi abuela tiene 95 años (...) las veces que la he visto ha sido desde la lejanía. Yo era la que tenía más probabilidad de contagiarlos a ellos (1210).

Uno no puede llegar y abrazarlos o darles un beso, una caricia, nada, porque uno está en el hospital trabajando con esas personas y en realidad uno no sabe si se va a contagiar o ya estás contagiado y vas y se lo transmites (1512).

El temor que teníamos de no viajar a ver a nuestras familias era eso, contagiarle o que yo sea asintomática, paso tiempo con mi familia y cuando

regreso me llaman y digan que “tu mamá fue contagiada”, “tu hijo está en el hospital por COVID” (2312).

A pesar de que tú tenías libre acceso, para ese tiempo yo podía irlos a ver pero ¿qué pasa? En mi familia mi papá es diabético y hasta el mes pasada mi abuela era encamada, o sea, yo me decía “si yo tengo una carga viral con la que puedo exponerlos a ellos y estoy visitándolos por dar la vuelta” (1912).

La mayoría expresó sentir de manera frecuente miedo de estar contagiado de COVID-19 (debido a la naturaleza de su trabajo en primera línea y la escasez de pruebas diagnósticas para monitorear al personal) y sin saberlo contagiar a un familiar. Esto coincide con estudios en los que el miedo al contagio propio o de familiares son síntomas psicológicos frecuentes en trabajadores de la salud (An et al., 2020; Sánchez De la Cruz et al., 2021; Shechter et al., 2020).

Este miedo los lleva a tomar distancias en sus rutinas de convivencia familiar y separaciones, aspectos que se estudian posteriormente en el análisis de la vida familiar.

4.2.2.3 Como factor protector

En la zona de significados del miedo como aspecto protector las personas expresan cómo ha modificado sus hábitos desde una perspectiva de salud y cómo les ha permitido tolerar las condiciones propias del trabajo y la ansiedad derivada de todo el contexto crítico sanitario.

- ***Hábitos saludables***

El miedo de que llegue la enfermedad a afectarnos, pienso que he tomado medidas de comer saludable, hacer ejercicio, cosas que ayuden a mi cuerpo a estar más saludable o más fuerte (0710).

La mayoría de las personas que están en riesgo sufren de hipertensión, diabetes, sufren de todos los males de donde el Covid se agarra, si hubiera cambios en la conducta de alimentación, ahora lo veo diferente porque ahora me cuido por mi mamá, como todas las comidas sanas, todo bajo en grasa, todas las verduras, ahora como que esto me enseño, es un cambio, no es ahorita el COVID. Son otras cosas que podrían llegar y afectarnos a nosotros y van a dañar el cuerpo que encuentren más destruido (0910).

● **Tolerancia**

No había aire acondicionado (...) ¿cómo tú crees que uno está con ese overol ahí adentro? El miedo es lo único que te mantiene, el miedo de que te vayas a contaminar en aquel tiempo era lo único que te hacía a ti aguantar el calor (1411).

Estas largas horas que voy a estar aquí puedo sentir taquicardia, puedo sentir dificultad para respirar, puedo sentir muchas cosas, pero el que está allá es el que está enfermo y no me puedo dar el lujo de enfermarme yo. Así que tengo que mantener la calma, mucha calma, te vuelves un ser frío. “Mente fría” (2412).

Resulta significativo como el miedo al contagio, cumple para algunos participantes una función de protección llevándolos a tolerar algunas medidas extremas de protección y sacrificio personal durante la jornada de trabajo.

Por su parte, el miedo como factor protector también habilita nuevos hábitos saludables para cuidar la propia salud. Al respecto, Kalal et al. (2023) menciona que los trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19 tuvieron un impacto negativo en el bienestar psicológico de los mismos, ya que se vieron incrementados el miedo, la ansiedad y cambios de hábitos. Sin embargo, en este caso, el personal panameño transformó su miedo para promover conductas de autocuidado personal.

4.2.3 Traumatización vicaria

4.2.3.1 Síntomas ansiosos

Como síntomas esperables en esta zona de sentido se encuentra la ansiedad, que se manifiesta de diferentes formas, y en relación a la angustia, el estrés y el temor.

Muchas veces el familiar quiere entrar con su paciente pero el protocolo del hospital no permite que el familiar esté y es muy triste. A veces cuando un paciente nuestro que tiene una enfermedad terminal no esté en el proceso final de la vida, en el proceso de la muerte con su familiar y esté solamente con nosotros, en lo personal yo estoy ahorita mismo un poco susceptible, muy frágil emocionalmente (0509).

X cantidad de compañeros contagiados, entonces son pequeños detalles que al final se van juntando, se presentan situaciones desagradables, incomodidades que dan estrés, habían momentos que me daban ganas de llorar (0810).

Uno maneja ciertos niveles de estrés, de un momento a otro entran en paro, “¿cómo? ¿qué pasó, qué no hice a tiempo?” De pronto te entran las preocupaciones, dónde creen que agarraron el COVID, o sea es bastante, emocionalmente difícil, porque te preguntan cosas y tú no puedes encontrar respuestas, de pronto al “¿cómo me ves?” (1210).

Es muy difícil atender a compañeros tuyos en cuidados intensivos, eso es a otro nivel, ver a una persona que trabaja contigo y que se complicó, estaba entubado, tenía complicaciones que llevaban a tener su vida en riesgo, hubo muchos momentos que uno como ser humano, a veces flaquea (1811).

Tenemos tantos meses de estar acá y no nos quieren hisopar, no nos quieren decir si estamos o no estamos contagiados. Había gente que a veces andaban con dolor de cabeza. Ya tú te comienzas a psicosear y tú ves las partes en las que tú dices “ese es un foco, ese es otro foco, y otro foco” y tú los evitas porque por lo menos en el área de salud los vas evitando, tú los vas viendo pero las demás personas que desconocen del tema no lo ven (1912).

Cuando pita alguien que no, que un paciente salió positivo, obviamente quedas como con síntomas imaginarios, por así decirlo porque ya empiezas “que me duele la garganta, tengo congestión nasal”, ya me empieza a dar diarrea, y realmente no es que la tengas sino por el hecho de pensar que estás contagiada te hace crearte esos síntomas que ya después cuando te das cuenta se van yendo así mismo y nunca tuviste (2312).

4.2.3.2 Síntomas depresivos

Se observa en cuanto a la sintomatología depresiva sentimientos de tristeza, ganas de llorar y la manifestación de ideación suicida, o ideas de muerte en el personal ante este contexto de COVID-19.

Tu llegas a pensar si bueno si voy a caer en intensivos la probabilidad de morir es de un 90 % o sea tu identificándome con el paciente, entonces esos pacientes yo si se los he dicho a mis compañeros, “si yo llego a caer aquí sédenme mucho, pónganme muchas cosas para el dolor y yo no quiero vivir”, porque la secuela que deja covid casi todos los pacientes un alto porcentaje fibrosis pulmonar, que calidad de vida voy a tener yo, la verdad es que no quisiera vivir. “Ustedes me inyectan tal medicamento para matarme así de sencillo” (0209).

Algunas sí se dieron cuenta que yo necesitaba conversar, llorar, como siempre dice ella “yo sé que tú necesitas llorar”, porque es de humanos llorar, pero yo creo que ya lloré en estas noches bastante, porque no lo había hecho y me sentí bien (0509).

Me siento como muy triste, hay muchos días que paso sin ánimo, no son cosas muy normales. Uno de estar viendo cada vez que se mueren pacientes en el hospital o la tasa de mortalidad de tu provincia te alarma porque por lo menos en mi casa hay personas con hipertensión, diabetes, entonces es un estado de alerta siempre del miedo y eso te deprime, te da algo de ansiedad pensar en que eso puede atacar a tu familia y de cierta manera ellos serían más perjudicados porque tienen ya debilidades (0710).

Cuando estoy así de frustrada que hasta siento que me dan ganas de tirarme de una ventana, horrible (1411).

4.2.3.3. Accidentes somáticos

Los participantes expresan todo tipo de manifestaciones a nivel del cuerpo por la exposición al COVID 19, desde problemas óseos, musculares, digestivos, entre otros.

Tuve en abril una lesión de meniscos (0109).

Me quedé en cama, simplemente porque no me podía levantar del dolor, porque me tengo que operar, entonces para mí ha sido un poco difícil, porque tantas horas de trabajo, tanta horas a veces sentada me afecta más la columna, entonces esa parte que la gente no ve, que nadie sabe cómo me siento que me duela, que no me duela que me tome una tramal (0409).

Yo tomo las cosas con bastante tranquilidad, actuó rápido, pero pues con la tranquilidad que me ha dado los años y la experiencia que tengo en el área, tuve que correr al baño a evacuar porque también me entró como todo ese estrés y yo “¡Ay Dios mío! o sea”, probablemente no se dieron cuenta mis compañeras, pero yo por dentro estaba (...) Son reacciones al estrés (en referencia a entrar al área COVID)(0610).

Gastroenteritis (...) mitad de la cara se me había entumecido, yo tenía una afección neurológica, me había afectado el nervio, y la doctora me dijo que “podía ser por causa del estrés por COVID”. Cuando llegaba del trabajo en las tardes

siempre tenía dolor de cabeza, por el nivel de estrés que manejaba se me subía la presión (1110).

Los dolores en la cervical eran horribles, toda el área cervical hasta la espalda, columna, no sé pienso que era como una presión de tanto estrés (2212).

4.2.3.4 Mecanismos de supresión (no comer/ no beber)

Resulta llamativo que parte de la traumatización vicaria, se encuentran los mecanismos de supresión vinculados a las necesidades básicas de la alimentación.

Tengo problemas realmente porque no puedo comer en el hospital últimamente, porque creo que psicológicamente no me permite comer, porque me da mucho miedo, no tomo agua, raramente. He desarrollado una gastritis, tanto así que hace como una semana vomité (0209).

Pasas hambre porque no te puedes quitar nada para comer, o sea en el tiempo que estas con el overol no puedes alimentarte, no puedes hacer nada más que estar pendiente de los pacientes y es sumamente estresante, es de las peores cosas que me ha podido pasar en toda mi vida (0710).

El miedo me ayudó porque lo que yo hacía era no comía, yo antes pesaba (...) y estoy en (...) las he bajado drásticamente, porque yo no como y me dio una infección urinaria por no beber agua, cuando quería beber agua bajaba al lobby, salía donde están los estacionamientos y tomaba agua porque no había espacio para comer (0919).

No podemos quitarnos la mascarilla ni siquiera para tomar agua, no podemos tomar agua, entonces mi estilo de vida ha cambiado, yo en el hospital ya no como nada no tomo agua. Así que lo hago muy al inicio de salir de la casa a las 6 de la mañana o cuando regreso a las 4 de la tarde a tomar agua y a comer, no tomo agua ni como en el hospital (1911).

4.2.3.5 Cambio en los patrones de sueño

Como principal cambio en el sueño se manifiestan problemas de insomnio, para lo cual los participantes recurren a profesionales de la salud mental o a la medicación con psicofármacos como benzodiacepinas o miorrelajantes.

Ahora yo me despierto, simplemente me despierto y me quedo pensando con la mente alerta y empiezo a orar por las personas que se me vienen a la mente y me vuelvo a quedar dormida pero si el sueño es entrecortado (0610).

No podía dormir, a mí en ese momento fue que empecé a pedir ayuda a una colega que era de Salud Mental, yo le decía a mi esposo, yo me trataba de dormir y yo me despertaba como asustada, como si me quedara sin aire, sentía que si me dormía yo me quedaba allí (1010).

Llegó un momento en el que la única manera era con las pastillas, la Clonazepam, que yo caía como una piedra. Me duermo, sí, pero duermo mal, porque al día siguiente amanezco que sí con dolor en el cuello, que si dolor en la espalda. Hubo una época que lo que hice fue que tomaba relajantes musculares en la noche para poder dormir (1411).

No dormía generalmente, yo duermo bien pero en ese entonces me preocupaba, soñaba, yo me preocupaba, era muy angustiante (1811).

4.2.3.6 Burnout

El síndrome del quemado es una zona de sentido que permite demostrar las situaciones de estrés a las que han sido sometidos el personal de salud, promoviendo frustración, cansancio, enojo e irritabilidad.

Me molesta cuando veo las noticias que trato de no mirar, me molesta que una fiesta de cien personas (...) la gente no le importa, o sea ellos solo, yo siento que son egoístas, que solo se preocupan por ellos y les importa ellos y no todo el personal de salud porque ya en verdad fuerzas no nos quedan, ya lo hacemos por vocación, por convicción, no porque tenga las fuerzas ya, yo creo (0409).

No sabemos nuestro cuerpo cuánto va a resistir (1210).

9 meses ahí en COVID. Entonces, esos 9 meses chuzo fue difícil porque ya tú llegas a un periodo en el que, ya te cansa, ya te molesta, me cansa venir a ponerme el overol todos los días (...) para ese tiempo, tú no querías decir que “no” porque tú tenías como ese compromiso, “no voy a decir que no”, o sea voy a pasarla mal pero voy a ir para allá (1912).

Esa parte de lo que digo, los psiquiatras, las enfermeras de salud mental, o sea apoyar más al personal, con ese alto estrés, llevamos casi 8 o 9 meses en esto (1811).

El análisis del discurso de las veinticinco entrevistas permitió identificar nuevos temas con sus correspondientes zonas de sentido, que explican otros aspectos significativos del funcionamiento psíquico del personal de salud en la pandemia de COVID-19 en Panamá, en respuesta a las medidas de contención establecidas en nuestro país, a las carencias del sistema de salud previas a la pandemia y a las pérdidas acontecidas. Estos temas se agrupan bajo el título de: *vida familiar, impacto económico y duelos* y se sintetizan en la Tabla 9 a continuación.

Tabla 9

Nuevas zonas de sentido surgidos del análisis del discurso

Temas	Zonas de sentido
Vida Familiar	Separaciones
	Comunicación
	Rechazo intrafamiliar
	Cambios en el hogar <ul style="list-style-type: none">● Cambios en las rutinas● Cambios en los roles
Impacto económico	Gastos en la compra de insumos

Ser el único activo
laboralmente

Duelos	Pérdidas
Pacientes con COVID-19	
Seres queridos	

Fuente: Elaboración propia, 2024.

4.2.4 Vida Familiar

4.2.4.1 Separaciones

La vida familiar es una zona de sentido que surge a raíz del discurso de los entrevistados, en primera instancia expresan el impacto del COVID- 19 en las relaciones familiares, produciendo separaciones y distancia del personal de salud con sus hijos, su pareja y sus propios padres.

Yo no podía dejar de trabajar, mi esposo tampoco, porque él es X, así que tuvimos que mandar a los niños para el campo, donde los abuelos(...) Aparte de que tenía todo el peso del trabajo, lo niños lejos y yo llegaba del trabajo y empezaba a llorar, porque no sabía cómo superar eso y yo los sentía tan lejos a ellos y le decía a mi esposo que si yo me enfermaba o me contagiaba y no los volvía a ver más. Esa parte fue muy traumática para mí, fue por tres meses, el más chico me decía “mamá yo quiero irme para mi casa” y eso ¡Ay Dios mío!, todos los días (1010).

No poder ir con mi familia, que está en el interior. Hasta mi cumpleaños lo celebré por zoom (1210).

Hubo un tiempo donde tuvimos que dejar a los niños en otro lado. Es un efecto psicológico no verlos todos los días (1310).

Mire, ha sido muy difícil porque yo soy una persona que comparto mucho con mi familia y eso de no verlos, no poder abrazarlos, no poder estar en las fechas importantes (1511).

Yo estuve 5 meses sin poder ver a mi familia. Emocionalmente estaba muy mal, necesitaba el apoyo familiar en cuanto a esto porque son cosas que uno vive y no tiene con quién exteriorizar (2312).

Los participantes experimentaron separaciones significativas de sus seres queridos en este período. Como factor común a esta decisión se da el miedo a contagiarlos, específicamente a los padres, por contar con una edad o condición de salud que los ubica en un grupo de riesgo. Algunos profesionales también tuvieron que separarse de sus hijos, enviándoles donde otros familiares por un periodo, para poder cumplir su jornada laboral o turnos rotativos, por no contar con un servicio de cuidador o ayuda doméstica en casa y el cierre de los colegios y guarderías. Las restricciones de movilidad y cerco sanitario no fueron descritas como un impedimento para las visitas.

Estudios como el de Valero Barrios (2020) ponen en evidencia que estas consecuencias se relacionan con el estigma social, dado que en muchos casos, trabajadores de la salud se vieron en la obligación de separarse de sus familiares.

4.2.4.2 Comunicación

Los participantes, que estaban alejados de su familia extendida (padres, abuelos, hermanos, primos) refieren que la comunicación con ellos, por llamadas o videollamada empezó a darse de forma más frecuente, convirtiéndose en un momento clave de la rutina diaria o semanal que les brindaba un sostén emocional significativo; a pesar de que algunos callaban el malestar o agotamiento que experimentaban durante la jornada laboral.

La verdad es que no, yo no le hablo porque quiero que piensen que estoy fuerte y que esto no me afecta pero sí me afecta (0209).

Mi mamá, no me gusta decirle que me duele(...) No porque se preocupa mucho (0409).

Mi mamá(...) todos los días me llamaba a la hora que llegaba en la noche, que “si estaban bien” y oraban bastante por nosotros, mis hermanos igual todos los días nos comunicábamos por teléfono (1310).

Ellos tienen un poco de temor porque no quisieran que me contagiera, pero todos los días están preguntando que “¿cómo estás?”, que esto, que lo otro. Eh tratan como de hablar “cuéntame para ver qué hiciste hoy” (1511).

4.2.4.3 Rechazo intrafamiliar

Esta zona de sentido se refiere al rechazo producido por los propios familiares cercanos, ante la posibilidad de contagio del personal de COVID 19.

A mí me ha tocado lidiar sobre todo con mi esposo. Entonces siempre lo primero apenas yo llego “¿te tocó COVID? Ojalá que no tengas COVID” (...) yo si veía la precaución de abrazarme, tocarme de todo lo demás (0610).

Mi hermano, el que sigue después de mi, llegaba un punto que ni siquiera quería bajar a ver, porque él vive cerca no, no quería venir a mi casa porque a él le daba miedo (1411).

Es mi primo hermano como quien dice, y fue como complicado el hecho de que mi propia familia sienta rechazo hacia nosotros simplemente por ser personal de salud médica y dan por hecho de que por estar trabajando en el área de salud, ya estamos contagiados (2312).

Con mi suegra, al inicio fui a buscar unas cosas a su casa y no me dejó entrar porque yo venía del hospital. Yo la entendí porque en el momento todo el mundo estaba histérico (2512).

Los entrevistados que describieron experiencias de rechazo intrafamiliar asociaban estas reacciones al miedo y desconocimiento sobre el virus, inclusive manifestaron que era comprensible ésto al no estar entrenados ni familiarizados con el trabajo hospitalario; esperaban que su distancia fuera pasajera. Por su parte, no manifestaron preocupación por un cambio en la relación.

Estas situaciones de rechazo intrafamiliar trascienden los resultados de investigaciones como la de Valdés et al. (2020), quienes reportaron el rechazo de la ciudadanía a mantener contacto con el personal de salud por fuera del hospital, al percibirlos como portadores del virus, es decir, que no sólo las personas ajenas al

núcleo familiar se alejaban del personal de salud, sino también sus allegados más cercanos.

4.2.4.4 Cambios en el hogar

En esta zona de sentido los participantes señalan todos aquellos cambios que tuvieron que implementar en su vida cotidiana, especialmente con su familia. Implica por un lado, los cambios en las rutinas, y por el otro lado, los cambios de roles.

- ***Cambios en rutinas***

Desinfectar este montón de comida, desinfectar el carro, esto me demora hasta 2 horas, horrible y se me hace de noche desinfectando y luego subir a bañarme (0209).

Siempre existía el estrés en casa, de que tienes que llegar, guardar el protocolo, lavar la ropa infectada (1110).

Tomar las medidas de seguridad para entrar y salir, de bañarnos, quitarnos la ropa y todo eso. Se han tenido que hacer ajustes en la casa, como poner un baño afuera para dejar la ropa y entrar a la casa, no tener contacto (1310).

Llego, desinfecto automáticamente todo lo que cargo encima. Quitarme la ropa e irme directamente al baño sin que nadie me toque. Y bañarme de pies a cabeza (2512).

- **Cambios en roles**

La mayor me ayuda bastante, porque ya ella, ya va para 13 años, entonces me ayuda con lo de ella y los hermanos; y ellos se conectan y ven las clases y para hacer las tareas y eso sí es en la tarde que yo llego, revisamos lo que hay que hacer (1010).

Mi niño(...) ahora lo integraron a esas clases virtuales, entonces es otra carga más por decirlo así tengo que meter dentro de mi horario en mi casa (1411).

Tengo un menor de nueve años. La relación entre él y yo ha sido ahora como “más desafiante”, porque él se queda full en la casa, yo me voy a trabajar. El hecho de estar preguntándole cosas de la escuela, comenzamos a tener conflicto (2512).

Los cambios en las rutinas en el hogar se refieren principalmente a las medidas de higiene adoptadas por los participantes cuando llegaban a su casa después de la jornada laboral. Algunos implementaron protocolos caseros que incluían un baño separado donde ducharse inmediatamente al llegar a la casa y un área definida para colocar la ropa y calzado usado en el hospital y su desinfección, así como también pasos de cómo manipular paquetes con comida u otro insumos proveniente de lugares públicos. Estas rutinas implican para el personal de salud, realizar un esfuerzo adicional y la disminución del tiempo para descansar.

Dichos cambios se encuentran en relación con los datos proporcionados por Kalal et al. (2023) en cuanto a los hábitos y actividades sociales, como principales

espacios en donde se visualiza el impacto psicológico de la pandemia para los trabajadores de la salud.

Respecto a los roles, las familias con hijos tuvieron que hacer ajustes para apoyar el proceso de educación virtual, cuyo horario en la mayoría de los casos coincidía con la jornada laboral del personal sanitario. En este sentido, se observa la falta de acceso a cuidado infantil del personal, el cual se ve sobrecargado de tareas dentro y fuera del hogar (Shechter et al., 2020).

4.2.5 Impacto Económico

4.2.5.1 Gastos en la compra de insumos

Esta zona de sentido indica aquellos costos derivados de la compra de materiales para protección contra el COVID 19, extra a los que brindaba el hospital, los cuales resultaban insuficientes.

Yo me he comprado mascarillas de todo los tipos, he hecho una inversión de casi mil dólares (0209).

Yo compré mi caja de N95, ochenta y cinco dólares me costó (0610).

Nosotros nos organizamos para pedir botas de caucho, pedir overoles, pedir gafas de protección. Adicional a lo que nos iban a dar, porque solamente nos daba las mascarillas y las N95. Una vaquita y todo el mundo se aventó (1920).

Los insumos los compré yo. Las únicas máscaras, las quirúrgicas, las celestitas, son las que dan. Mi pantalla facial, la compro yo (2512).

Los gastos en la compra de insumos tienen un impacto económico y emocional para el personal sanitario. La escasez de insumos fue denunciada en varias protestas realizadas en diferentes ciudades y hospitales de Panamá.

En este punto se puede mencionar el artículo de Valdés et al. (2020), en el que integra datos y vivencias intrahospitalarias, hasta julio del 2020, de 18 países latinoamericanos representados en el Foro Internacional de Medicina Interna [FIMI], incluyendo a Panamá. Describe como denominador común la vulnerabilidad del personal de salud de primera línea, por experimentar situaciones de presión psicológica, carga laboral, mediatización, aspectos judiciales y desprotección, que promueve la responsabilidad del propio personal de salud sobre la compra de equipos de protección altamente costosos requeridos por la alta transmisibilidad del virus.

4.2.5.2. Ser el único activo laboralmente

Se trata de un motivo por el cual varios participantes necesitaban trabajar sin rendirse: *es ser el único en percibir ingresos* durante la recesión económica de la pandemia.

Porque de mi dependen muchas personas económicamente, eso también me preocupa porque mi mamá depende de mí, X depende de mí (...) mi pareja se quedó sin trabajo también tiene un hijo, tiene su mamá, ellos prácticamente dependen de mí (0209).

Mi esposo está suspendido del trabajo (1110)

Mi esposo porque él es independiente. Entonces cuando empezó la pandemia le cortaron trabajo (1411).

Soy la única persona que trabaja y tengo que ir a trabajar porque tengo que ir a trabajar sino imagínate, ese bono o ese vale de 100 dólares, eso no alcanza (...) está desempleado (1511).

Algunos participantes expresaron su preocupación además por colegas a quienes les debían varias quincenas del salario, debido a un tipo de contratación temporal al inicio de la pandemia, sin contar una permanencia en el sistema de salud público: “*hay bastantes compañeros que no les han pagado*” “*dos días antes que termine el contrato te dicen si sigues o no*” (1210).

Estas preocupaciones son congruentes con el trabajo de Valero Barrios (2020) en Corea, el cual demuestra que los trabajadores sanitarios también tenían sus propios familiares enfermos, problemas en casa con ellos y en muchos casos, eran sostén económico de las familias, ya que el personal de salud era uno de los trabajos que podía seguir trabajando, pese a la crisis mundial.

4.2.6 Duelos

Al entender el duelo como “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (Freud, 1917, p. 241) nos facilita reconocer distintos estados emocionales y reacciones psicológicas en el discurso de los participantes por las pérdidas acontecidas en el período de la pandemia. Estas pérdidas son simbólicas, de

personas cercanas con las que mantenía una relación afectiva y pacientes con COVID-19.

● **Pérdida simbólica**

Yo para marzo tenía que salir con mi pareja de vacaciones (...)el año que pasó (2019) trabajamos mucho, teníamos planeado, apareció lo de la pandemia y todo se canceló, todo se derrumbó (0109).

Desearía ser madre el otro año, pero no sé, tengo que ver de verdad, porque no me gustaría traer un bebé a este mundo, a este encierro si aún no sabemos cómo va a reaccionar la vacuna y todo eso (2512).

● **Pérdida de seres queridos**

Cuando ya estaba preparada para regresar me dan la noticia de mi mamá, se le diagnosticó un cáncer. Así que ya tú te imaginas, volví a caer en la depresión, ha sido durísimo para mí, porque no solo es el hecho de que la enfermedad tal cual como es que no se sabía nada de eso, sino también enfrentar yo, tener que viajar (...) sin saber si yo llevaba algo y después traérmela para acá para iniciar la quimio (...) ese miedo de ir todos los días al hospital (0609).

Mi suegra lamentablemente muere en junio por este asunto. Murieron otros compañeros en mi trabajo, muy queridos, un médico conocido también que luchó, entonces son esos que de repente uno está tranquilo y es como un sube y baja, ver emociones (1911).

Lo más duro, la compañera que murió (...) cuando dijeron que había fallecido, la verdad eso fue algo que me dejó pensando mucho (0109).

Una prima política que murió con 21 años de COVID (...) dejó a un niño huérfano de la edad de mi hijo (1411).

● **Pacientes por COVID 19**

El momento más difícil fue perder a un paciente de 19 años, eso sí me ha dejado marcada (1511).

A veces nos entraba un poco de miedo o ansiedad de ver que se nos murió un paciente, no podíamos hacer nada hay que seguir, eso también fue muy crítico que en un día fallecieran 5 personas (1611).

Era evidente que iba a fallecer en mi cara. Eso es muy duro. Muy duro (...)
Sí recuerdo lo que sentí y yo solo le decía “no te mueras por favor. Respira, respira” Todavía lo recuerdo y siento dentro de mí una cantidad de cosas que no las puedo explicar. Tristeza, angustia, miedo porque chuzo “¿si me contagio?”
(2412).

La alta carga de pacientes fallecidos, en centros de atención que quedaron sobresaturados, generaron sentimientos de angustia ante la magnitud de la situación con alto impacto emocional al tener que tomar decisiones de gran valor ético sobre vidas humanas bajo condiciones extremas. Entonces, aquí se puede mencionar el duelo del equipo en salud a cargo de colegas, amigos, docentes o maestros que se infectan o fallecen ante la enfermedad (Valdés et al., 2020).

4.3. Análisis de resultados cuantitativos y cualitativos

El objetivo principal de este estudio fue identificar el efecto de la exposición directa e indirecta a pacientes diagnosticados con COVID-19 en la salud mental del personal de enfermería y técnicos de la salud. El **primer objetivo** específico de esta investigación fue: *Identificar el efecto de la exposición directa e indirecta a pacientes con diagnóstico de COVID-19 sobre el distrés relacionado al COVID-19.* La hipótesis planteada fue: *La exposición directa a pacientes con diagnóstico de COVID-19 tiene mayor efecto que la exposición indirecta sobre el distrés relacionado a COVID-19.* En relación con esta hipótesis, ser de primera línea no se relacionó directamente con el estrés por COVID-19, como se había previsto. Gereš et al. (2022) reportaron un resultado similar en su investigación realizada con el personal de salud en Croacia en la que no encontraron diferencia entre el distrés peritraumático relacionado a COVID-19 entre los profesionales en contacto con personas infectadas (primera línea) y aquellos sin contacto con personas infectadas. Sin embargo, en un estudio peruano (Pedraz, Krüger, Arévalo, et al. 2021), ser personal de primera línea se asocia con mayor distrés peritraumático por COVID. Otros estudios que comparan el impacto psicológico entre ambos grupos (mediante diferentes escalas) reportan que el hecho de trabajar con pacientes infectados por la COVID-19 aumentó los niveles de ansiedad, estrés e insomnio (Santamaría et al. 2020; Pérez Álvarez et al. 2020).

Respecto al distrés peri-traumático relacionado a COVID-19 los datos muestran que, el 32% de la muestra presentó angustia peri traumática de leve a moderado y sólo el 8.9% de la muestra presentó un nivel de estrés severo. A pesar de que este último resultado es esperable (ya que en una distribución normal se espera que hasta un 15% de una población tenga valores de una desviación por encima o por debajo del promedio) los profesionales de la salud con distrés peri traumático severo pueden estar en riesgo de desarrollar Trastorno por Estrés Post Traumático, de acuerdo con los hallazgos de Megalakaki et al., 2021.

Es importante considerar que al construir el cuestionario para medir distrés peri-traumático relacionado a COVID-19, los autores (Qiu et al., 2020) tomaron como base los estudios sobre angustia peri traumática y su correspondiente inventario desarrollado por Brunet et al. (2001). El constructo de angustia peri traumática describe respuestas emocionales y físicas inmediatas al evento traumático, pero la intensidad de los síntomas puede ir disminuyendo con el tiempo. La intensidad de los síntomas por distrés peri-traumático relacionado a COVID se midieron seis meses después del inicio de la pandemia por COVID-19 en la muestra de esta investigación. Por ende, es posible que los resultados obtenidos se asocien a este periodo de reducción de la sintomatología inicial. La investigación prospectiva de Megalakaki et al., 2021, confirma la reducción del distrés peritráumatico por COVID al medirlo en dos momentos en su muestra, con un intervalo de tiempo de tres a cuatro meses del inicio de pandemia. Además,

observan que la disminución de los síntomas coincide con el levantamiento de medidas de bloqueo en Francia y presentan como una posible explicación a esta reducción del distrés el acceso a información confiable, las medidas adoptadas para fortalecer los centros sanitarios y la implementación de pruebas de diagnóstico.

El segundo objetivo específico de esta investigación fue: *Evaluar el efecto moderador del sexo y edad sobre el distrés relacionado al COVID-19*. Las hipótesis asociadas a este objetivo fueron: *1-Ser mujer estará asociado a un mayor nivel de distrés relacionado a COVID-19 y 2-La población joven presenta niveles más elevados de síntomas de estrés, depresión y ansiedad*. Respecto a la primera hipótesis, se observó que el sexo no parece ser un factor determinante en el nivel de distrés experimentado durante la pandemia de COVID-19. Este resultado es similar a otros estudios en donde no se encontró asociación entre el género y el distrés psicológico (distrés peri-traumático relacionado a COVID-19) (Guerra Mamani y Varillas Suarez, 2022; Gereš et al., 2022). Sin embargo, otras investigaciones evidencian que ser mujer este asociado a experimentar mayor distrés peri traumático por COVID (KafleI et al., 2021).

En algunos estudios se ha reportado que la asociación entre ser mujer y el distrés por COVID es significativa sólo en la etapa inicial de la pandemia (Megalakaki et al., 2021). Esta observación puede considerarse como una posible explicación al evaluar las diferencias entre los resultados reportados; sin embargo, se necesitan más investigaciones que expliquen dicho fenómeno. Otros estudios con personal

sanitario y población general realizados en pandemia que evalúan la asociación entre el género y la presencia de sintomatología clínica reportan mayor presencia de ansiedad y estrés en las mujeres (Santamaría et al., 2020; Espinosa et al. 2021; Oviedo et al., 2022)

Respecto a la segunda hipótesis, la edad sí parece ser un predictor significativo del distrés por COVID, el insomnio y el estrés, lo que sugiere que las personas más jóvenes podrían experimentar niveles más altos de estos síntomas. Los estudios realizados en la pandemia por COVID-19, consideran que la población joven carece de suficiente experiencia laboral y experticia para afrontar las demandas del trabajo en un brote epidemiológico y por ello experimentan más distrés peri traumático (KafleI et al., 2021) y a la vez este grupo de edad pasa más horas navegando en internet lo cual se asocia a un aumento al distrés peri traumático e insomnio (Guerra Mamani y Varillas Suarez, 2022). Los cambios en el estilo de vida o el uso de dispositivos electrónicos justo antes de acostarse también se asocian con el insomnio (Medina-Ortiz et al., 2021).

El tercer objetivo específico de este estudio fue: *Identificar el efecto que el distrés relacionado al COVID-19 tiene sobre síntomas de depresión, ansiedad, estrés e insomnio.* La hipótesis planteada sobre este objetivo fue: *El distrés relacionado a COVID-19 incrementa la sintomatología por estrés, depresión, ansiedad e insomnio.* Los resultados evidenciaron que el estrés por COVID-19 sí

tiene efectos positivos sobre las cuatro escalas de sintomatología psicológica (estrés, depresión, ansiedad e insomnio).

Más de la mitad de la muestra evaluada (58.9%) reportó síntomas de insomnio. En general a los participantes les costaba más inducir el sueño que mantenerse dormidos. Este resultado es elevado si se contrasta con el 38% de prevalencia de insomnio estimado en un meta-análisis sobre la calidad del sueño en profesionales sanitarios frente a la Covid-19 (Serrano-Ripoll et al, 2021). En este meta-análisis se describe como principal factor de riesgo asociado a padecer insomnio, el trabajar en un entorno de alto riesgo (Serrano-Ripoll et al, 2021).

Siguiendo esta línea, en la presente investigación se identificó una interacción entre ser el único activo laboralmente, el aumento de estrés y el insomnio mediante el análisis de redes moderadas. Cuando se es la única persona laborando de forma activa, el aumento en el estrés es acompañado por un aumento en el insomnio; sin embargo, cuando esta condición no ocurre, la relación entre estrés e insomnio desaparece. En el análisis cualitativo de este estudio se identificó como una categoría significativa el impacto económico. Los participantes refieren haber incurrido en gastos excesivos por la compra de insumos y no contar con el ingreso extra que antes generaban haciendo turnos en sus días libres (por la nueva disposición de horarios). Ambas circunstancias fueron descritas con aceptación, sin embargo, su tono emocional denotaba angustia al narrar sus preocupaciones respecto al ser el único activo laboralmente y cómo debían cubrir los gastos de

varios familiares que estaban suspendidos del trabajo y dependían de su ingreso, sin saber cuánto tiempo más necesitarían su ayuda. Para algunos ésta fue la razón descrita para continuar a pesar del cansancio físico y el miedo al contagio. Es posible que el estrés por el cuidado y bienestar de sus familiares afecten el momento de inducción al sueño conllevando al insomnio.

Por otro lado, en cuanto a estrés, ansiedad y depresión, los resultados de esta investigación señalaron una mayor presencia de sintomatología ansiosa. El 20.2% de los participantes presentaron un nivel de ansiedad de moderado a extremadamente severo; 11.2% estrés de moderado a extremadamente severo y 10.4% depresión de moderado a extremadamente severo. Existen otras investigaciones realizadas durante la pandemia, en las cuales se arroja que la ansiedad es uno de los síntomas principales del impacto psicológico del COVID-19 en el personal de salud (Brooks et al., 2020, Espinosa et al., 2021; Lai et al., 2020; Rossi et al., 2020; Sánchez De la Cruz et al., 2021; Santamaría et al., 2020).

En cuanto a la ansiedad en la fase cualitativa del presente estudio se observó que la misma estaba asociada a diferentes eventos y situaciones en el personal de salud, por ejemplo, las largas jornadas y el uso del equipo de protección personal. Estudios han evidenciado que las jornadas extensas de trabajo (como fue analizado anteriormente) y los insumos de protección, son algunos de los estresores investigados que aumentan el riesgo en el personal de salud a presentar desgaste físico y psicológico, tal como se demuestra en el discurso de los entrevistados

(Brooks et al., 2020). Según lo observado en las entrevistas a profundidad se observó que una de las maneras en las que el personal de salud enfrentó la ansiedad fue a través del apoyo social y la cercanía con sus compañeros de trabajo. El personal entrevistado destacó que las relaciones entre colegas se vieron modificadas por la pandemia, sobre todo en cuanto a las rutinas sociales de espacios de comunicación, eventos, entre otros. Al respecto, en estudios se ha visto que las emociones y conductas ligadas a la ansiedad pueden producir un impacto en las relaciones sociales, como ocurre en este caso, promoviendo el trabajo en equipo y la solidaridad conjunta, pero también afectando rutinas sociales que definían los vínculos entre colegas (Moreno Proaño, 2020).

Entonces, puede decirse que si bien el periodo del 2020 y la pandemia causada por el COVID-19 fue caracterizado como un fenómeno global de aislamiento social (Morales, 2022), en este caso el personal de salud logró superar las consecuencias sociales del distanciamiento físico, buscando la unidad y el sostén de sus propios compañeros de trabajo.

Con respecto al **cuarto objetivo** específico: *Evaluuar el efecto moderador de las estrategias de afrontamiento directo y de evitación sobre los síntomas psicológicos* se plantearon dos hipótesis. La primera: *Las estrategias de afrontamiento enfocadas a los problemas disminuyen el distrés relacionado a COVID-19;* la segunda fue: *Las estrategias de afrontamiento de evitación aumentan el distrés relacionado a COVID-19.*

Respecto a la primera hipótesis no se evidencian efectos de las estrategias de afrontamiento enfocadas a los problemas sobre el estrés relacionado a COVID-19. Las estrategias de afrontamiento enfocadas a los problemas son aquellas que buscan modificar la situación estresante, para ello el individuo debe haber realizado una valoración previa sobre el estresor e interpretado que puede modificarlo; luego elige acciones puntuales como: la planificación activa, búsqueda de apoyo de pares por razones instrumentales, supresión de actividades en competencia, el afrontamiento activo, entre otras. Sin embargo, en una situación catastrófica, como es la pandemia, es poco probable que las personas interpreten que pueden tener el control o modificar la totalidad de la situación estresante; con lo cual este modo de afrontamiento no sería suficiente para modificar la angustia peri traumática por COVID (Guzmán Chiroque, 2022). En el análisis cualitativo algunos participantes describieron estrategias enfocadas en el problema y cómo el uso de éstas ayudaba a responder parcialmente ante la situación. El cumplir un rol como personal de primera línea, es en sí mismo un afrontamiento activo; que tuvo repercusiones colectivas para contener la pandemia. Buscar información científica sobre el virus y participar de seminarios virtuales con personal de salud de otros países, los ayudaba a estar actualizados de los tratamientos a implementar. La supresión de actividades en competencia para centrarse en modificar el estresor, fue un tanto impuesta por las medidas de bloqueo que no permitieron en los primeros meses que el personal de salud realizara otras actividades (recreativas o de formación

académica). Algunos participantes inclusive renunciaron a planes personales, lo cual se relacionó con los duelos simbólicos.

Respecto a la segunda hipótesis, las estrategias de afrontamiento focalizadas en la evitación tienen un efecto positivo sobre los puntajes de estrés por COVID-19, insomnio, depresión y estrés, es decir, un mayor uso de estrategias de afrontamiento focalizadas en la evitación se relaciona con aumentos en los indicadores de impacto psicológico. Este hallazgo coincide con un estudio (Guzmán Chiroque, 2022) en el cual se evidenció que a mayor estrés peri traumático registrado en la población universitaria, es más frecuente el uso de las estrategias de evitación. En algunos estudios se ha señalado que no existe consenso en la literatura científica respecto a cuáles estrategias de afrontamiento son más eficaces para responder ante una situación catastrófica. Inclusive en el contexto del brote de SARS se reportó que el afrontamiento por evitación era la más adaptativa (Main, Zhou, Ma, Luecken y Liu , 2011; Guzmán Chiroque, 2022).

Desde el análisis cualitativo se identificó entre las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción: la búsqueda de apoyo social con fines de soporte emocional y acudir a la religión.

El quinto objetivo específico propone: *Explorar las significaciones que surgen respecto a su identidad y su rol como personal de salud;* se evidencia a través del discurso de los participantes que el trabajo durante los primeros meses de la pandemia los llevo a encontrar nuevos modos de funcionamiento interno,

expresados por sus estrategias de afrontamiento para enfrentar los estresores del ambiente laboral, y en paralelo, los logros obtenidos al dar respuesta a la alta demanda de asignaciones proporcionaron un sentido de valía personal y colectivo, que reafirma su elección vocacional; este punto coincide con lo reportado por Pérez De León, 2021.

Y, por último, el **sexto objetivo específico**: *Detectar la vivencia de estigmatización, traumatización vicaria y temor a la muerte a partir de la exposición a pacientes diagnosticados con COVID-19*; La estigmatización provocó la exclusión al uso de espacios públicos, como el acceso al transporte y el ingreso a los supermercados. Estas experiencias son similares a las reportadas en distintos estudios (Brooks et al., 2020; Valdés et al., 2020).

En cuanto al temor a la muerte, los significados más resonantes estaban ligados en primer lugar a *la muerte de otros*, especialmente familiares y colegas; y, en segundo lugar, el *temor a la propia muerte*. Esto concuerda con los postulados Freud: “en el inconsciente cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad” (1915, p. 290). En cambio, la vivencia de muerte de colegas y seres queridos generaba un alto monto de angustia, debido a la amenaza constante de la muerte de pacientes con COVID-19.

En este lineamiento, se encontró que el temor al contagio se atribuía a *sí mismo y a contagiar a otros*. La mayoría expresó sentir de manera frecuente miedo de estar contagiado de COVID-19, debido a la naturaleza de su trabajo en primera

Línea y la escasez de pruebas diagnósticas para monitorear al personal. Además, este miedo al propio contagio estaba en directa relación con la posibilidad de contagiar a sus seres queridos. Esto coincide con estudios en los que el miedo al contagio propio o de familiares son síntomas psicológicos frecuentes en trabajadores de la salud (An et al., 2020; Sánchez De la Cruz et al., 2021; Shechter et al., 2020).

La *traumatización vicaria* en el personal panameño se manifiesta en la angustia peritraumática, la cual, según la revisión de Vance et al., (2018 citado en Megalákaki, 2021) se asocia con las zonas de sentido expresadas en los relatos: *síntomas ansiosos, síntomas depresivos, cambios en los patrones de sueño, mecanismos de supresión (comer/beber) y burnout.*

La ansiedad conforma un elemento que se enlaza a la experiencia de un estrés crónico manifestado en síntomas que caracterizan el burnout: frustración, cansancio, enojo e irritabilidad. Si bien no es una variable que ha sido medida a través de escalas cuantitativas en esta muestra, la presencia de estos síntomas en la vivencia del estrés laboral, permite dar cuenta de la importancia del impacto de la labor de estos trabajadores en su salud mental. Además, su importancia radica en que se trata de un trastorno ampliamente estudiado en personal de la salud durante la pandemia (Ayala et al., 2022; De Arco Paternina y Castillo Hernández, 2020; Juárez García, 2020, Vinueza Veloz et al., 2020).

A pesar de que en esta muestra la presencia de depresión en niveles moderados o severos es bajo de acuerdo con el análisis cuantitativo, no puede obviarse la presencia de síntomas como la angustia, tristeza, llanto, dolores musculares e incluso ideación suicida como manifestaciones de sintomatología depresiva. Así como los mecanismos de supresión descritos hacia las necesidades básicas de alimentación e hidratación, durante una extensa jornada laboral; dan cuenta de modos de funcionamiento no saludables que pueden conllevar otras afecciones físicas.

Para finalizar este apartado, resulta oportuno responder a la pregunta de este estudio **¿Cuál es el efecto del trabajo con pacientes diagnosticados con COVID-19 en la salud mental del personal de enfermería y técnicos de la salud?.**

La principal consecuencia del rol del personal de salud en su exposición al COVID-19 radica en los cambios. Se trata de una dimensión que se repite en los datos analizados, tanto cuantitativos como cualitativos. Por lo tanto, los trabajadores experimentaron diversos cambios, entre los que vale mencionar: su vestimenta, sus horarios y turnos, las rutinas sociales, su vida familiar y su identidad.

La salud se vio deteriorada por la presencia de síntomas ligados al cuerpo, el cual ha sido afectado por las circunstancias de la pandemia, especialmente por el cansancio de la jornada laboral, las implicaciones del equipo de protección “monkey” y los accidentes somáticos manifestados.

Además, este estudio demuestra el impacto de la pandemia en la salud mental, causando insomnio, ansiedad, estrés y sintomatología depresiva, en orden de relevancia. Dado que no se puede poner el foco sólo en la existencia de sintomatología de gravedad, sino que es necesario pensar que la presencia de síntomas psicológicos está asociado al detrimento del bienestar general. Además, es necesario optar por un enfoque de prevención y promoción de salud, que involucre al personal de salud, como protagonistas dado que, si ellos se ocupan de la salud de la población, es la sociedad como un todo la que debe ocuparse de cuidar la salud de los que cuidan.

4.4. Limitaciones y fortalezas del estudio

4.4.1 Limitaciones:

La fase de difusión de esta investigación inició en septiembre del 2020, cuando aún se mantenían en Panamá las medidas de distanciamiento y restricción de entrada en los centros de salud y hospitales, con lo cual la divulgación sólo se realizó por medios digitales, radio y algunos afiches colocados en cuatro hospitales de la capital del país; limitando de entrada el alcance de esta información con otros grupos del personal de salud de áreas del interior o comunidades sin acceso a servicios de Internet. Esta realidad pudo afectar la diversidad y representatividad de la muestra. Sólo el 15.3% de la muestra evaluada refirió habitar en áreas rurales.

Además, el tamaño de la muestra es reducido en comparación a la población objetivo, por lo tanto, no se considera una muestra representativa, limitando la generalización de los hallazgos de este estudio.

Por otro lado, esta tesis ha utilizado para medir el impacto psicológico una serie de instrumentos psicométricos que proporcionan datos objetivos respecto a las variables de ansiedad, estrés y depresión; sin embargo, la literatura científica muestra una heterogeneidad de instrumentos y cuestionarios usados en los diferentes países e idiomas, para medir las mismas variables. Dicha heterogeneidad para un mismo constructo puede provocar sesgos y limitar la comparación de los resultados entre distintos estudios. Los instrumentos utilizados en esta tesis no están validados en la población panameña y la escala CPDI, al ser un instrumento nuevo creado para medir el estrés relacionado al COVID en China, aún requiere más investigación sobre su uso, por parte de sus autores.

4.4.2 Fortalezas:

Se logró obtener datos específicos del personal sanitario de primera línea y segunda línea, con medidas comparativas entre éstos, logrando acercarnos a perfiles dentro de la muestra evaluada. La literatura científica reporta escasez de estudios que logren diferenciar entre ambas poblaciones y la necesidad de lograr un perfil sociodemográfico y profesional del personal directamente implicado en la atención de pacientes con COVID-19 (Danet, 2021).

Al elegir una metodología mixta se logró alcanzar una mayor profundidad en la comprensión del problema de investigación; al describir el impacto psicológico del personal sanitario por medio de medidas objetivas de las variables clínicas y del análisis de sus experiencias singulares; las cuales dieron lugar a la construcción de nuevas categorías de sentido.

Otra fortaleza es que es la primera investigación realizada en Panamá que evalúa el Impacto Psicológico en la Pandemia por COVID-19 en el personal de enfermería, instrumentistas quirúrgicos, técnicos en radiología, laboratoristas, terapeutas respiratorios y técnicos en urgencias médicas. Inclusive no se encontraron estudios similares en la última revisión bibliográfica realizada sobre esta temática que incluya a los grupos mencionados en Latinoamérica.

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones:

1. Un 32% de los participantes de este estudio (n=124) obtuvieron puntuaciones asociadas a distrés peritraumático por COVID y sólo el 8.9% presentó un nivel de distrés severo.
2. No se evidenció una diferencia significativa entre el distrés peritraumático por COVID en el personal de primera línea en comparación al personal sanitario de esta muestra que realizaba funciones con menos exposición al virus de SARS-CoV-2.
3. El distrés relacionado a COVID-19 incrementa la sintomatología por estrés, depresión, ansiedad e insomnio.
4. El 58.9% de la muestra reportó síntomas de insomnio. En general a los participantes les costaba más inducir el sueño que mantenerse dormidos. Se observó que cuando se es la única persona laborando de forma activa en el grupo familiar, el aumento en el estrés es acompañado por un aumento en el insomnio.
5. El 20.2% de los participantes presentaron un nivel de ansiedad de moderado a extremadamente severo; 11.2% estrés de moderado a extremadamente severo y 10.4% de depresión de moderado a extremadamente severo.

En cuanto a las variables sociodemográficas, el sexo no parece ser un factor determinante en el nivel de distrés experimentado durante la pandemia de COVID-19. Las mujeres evaluadas en este estudio no presentaron mayor

distrés peritraumático por COVID en comparación con los hombres. Por otro lado, ser joven aparece como un predictor significativo del distrés por COVID, el insomnio y el estrés.

6. No se evidencian efectos de las estrategias de afrontamiento enfocadas a los problemas sobre el distrés relacionado a COVID-19.
7. Un mayor uso de estrategias de afrontamiento focalizadas en la evitación se relaciona con aumentos en los indicadores de impacto psicológico (distrés peritraumático por COVID-19, insomnio, depresión y estrés).
8. La mayor parte de la muestra no utilizó servicios de apoyo emocional (81.5%), ni líneas de soporte emocional (91.1 %). En la entrevista los participantes manifestaron desconocer la existencia de espacios psicoterapéuticos accesibles al personal sanitario o líneas de apoyo durante la pandemia.
9. El personal de primera línea entrevistado indicó experimentar sintomatología clínica asociada al uso de la indumentaria de protección (overol/ “monkey”) y/o la cantidad de horas continuas que debían portarlo (hasta 12 horas en algunos casos).
10. Los turnos implementados para el personal de primera línea en los hospitales públicos (6, 8 y hasta 12 horas continuas de trabajo en salas COVID, con tres o cuatro días libres), no permitieron el descanso adecuado del personal sanitario; ya que en los momentos de altas tasas de contagio la

demanda de pacientes superaba la capacidad de respuesta del equipo a cargo y en los días de descanso del personal se les solicitaba su asistencia.

11. La cohesión y trabajo en equipo lograda entre el personal sanitario de distintas especialidades en salas COVID permitió el aprendizaje entre pares, pero también el sostén emocional para atravesar un evento altamente estresante.
12. El personal sanitario de esta muestra manifestó sentirse orgulloso de su profesión y tener metas de formación académica o ejecución de proyectos para sus lugares de trabajo, una vez se terminara la pandemia de COVID 19; a diferencia de otras investigaciones que reportan la deserción en el ámbito sanitario durante las epidemias.
13. La estigmatización al personal sanitario se evidenció en los primeros meses de pandemia en Panamá (marzo a junio del 2020) dificultando el acceso al transporte público y locales comerciales. La muestra asocia las conductas de rechazo al desconocimiento sobre el virus, los fake news y el miedo al contagio.
14. La campaña mediática de “héroes” es rechazada por la mayoría de los participantes los cuales resaltan no querer ocupar el lugar de sacrificio del “héroe”, sino que sean reconocidos sus derechos y necesidades. Consideran esta campaña como una estrategia para intentar callarlos por la falta de insumos de protección y los atrasos salariales.

15. Pocos profesionales reconocieron experimentar angustia o preocupación sobre la muerte propia; el miedo a la muerte se pudo expresar con mayor frecuencia en relación con sus seres queridos.
16. Sentir miedo al contagio por el virus de SARS-CoV-2 fue una experiencia común para todos los participantes; así como el miedo a contagiar a sus familiares. Desde esa emoción eligieron distanciarse de padres, tíos, abuelos y otros seres queridos que formaban parte de la población en riesgo. El miedo al contagio también se asoció a nuevas rutinas de aseo y limpieza, la compra de insumos de protección, la tolerancia al equipo de protección durante largas horas y mecanismos de supresión (no comer/ no beber en el hospital).
17. La traumatización vicaria se exploró en la narrativa de los entrevistados sobre el desgaste asociado al trabajo recurrente con pacientes en medio de una situación traumática. Entre los síntomas experimentados están: ansiedad, depresión, accidentes somáticos, mecanismos de supresión, insomnio y burnout.
18. Una de las mayores dificultades que relata el personal sanitario fue el periodo de separación con sus familiares y amigos y la ausencia de visitas, abrazos, celebraciones, cuidar a los suyos o viajes al interior, tan característicos de nuestra identidad como panameños. Dicha separación generaba tristeza, pero era compensada por mensajes que recibían a diario o videollamadas.

19. El personal de salud reportó un impacto negativo en su economía personal, debido a distintas circunstancias: tener que comprar insumos (por no recibir suficientes o de la calidad correcta en su lugar de trabajo) y convertirse en el sostén económico de familiares que quedaron suspendidos de sus trabajos.
20. Se identificaron procesos de duelo en el personal sanitario, con relación a pérdida de seres queridos, pérdida de pacientes atendidos en salas COVID y pérdidas simbólicas.

5.2 Aportes: Valor terapéutico de la entrevista

Realizar una entrevista semi estructurada se planteó como un instrumento para la recolección de los datos; sin embargo, este estudio permite dilucidar que la entrevista en sí misma tuvo un valor terapéutico en la experiencia de los participantes. Para ello, se mencionan algunos relatos a continuación:

Bueno me pareció buena idea conversar con usted porque sí sentía, si siento que necesito apoyo psicológico, entonces yo dije bueno voy a tener la oportunidad de conversar con una persona profesional para ver qué opina de repente al respecto si estoy tan afectada psicológicamente y no me he dado cuenta o si me doy cuenta y no sé cómo abordarlo (0209).

Yo sé que necesito ayuda, yo lo sé, pero estoy tratando de que poquito a poquito acercarme a la persona que yo pueda lograr conversar (0509).

Dios mío que la gente hable, los que están en sala, porque tú escuchas lo que hablaban los compañeros, historias de terror que vivieron y yo digo ojalá la gente se atreva, al principio si me dio un poquito de miedo, iba con tacto con las preguntas porque no sé si sabes, en X se tiene una ley, parte del reglamento, que si nosotros hablamos mal de cosas que no tengo la autorización de decir eso puede ser sujeto para despido (0910).

Liberada, hice catarsis ¿Sabe qué no le comenté? Mire, ahora que me pongo a pensar, capaz y eso está influyendo, el estrés... (1411).

Me siento un poco más aliviada por así decirlo, porque no cualquiera persona te da la libertad de exteriorizar lo que has sentido o lo que has pasado durante tanto tiempo y es bueno cuando uno habla de lo que siente y expresarlo en un ambiente seguro. Porque muchas veces tenemos el miedo de que si digo algo y esa persona no se siente cómoda con lo que digo y es importante que nosotros tengamos esos círculos con los que podamos contar con alguien que nos escuche (2312).

Estos fragmentos del discurso nos muestran cómo los participantes lograron conectarse emocionalmente con los recuerdos de sus vivencias en pandemia, algunos se dieron permiso para hablar de lo que venían callando durante meses,

hicieron introspección, generaron nuevas ideas en torno a los temas planteados y describieron una situación de alivio al finalizar la entrevista. Inclusive algunos se plantearon por primera vez la posibilidad de buscar un espacio psicoterapéutico.

5.3. Recomendaciones

Considerando los resultados del análisis cuantitativo y cualitativo de esta investigación, cuyos datos representan al personal sanitario panameño evaluado en el contexto de nuestro sector de salud público y privado, con sus carencias, idiosincrasias e identidades propias, en el marco de la pandemia por COVID-19, se proponen recomendaciones generales para el bienestar psicológico del personal de salud y recomendaciones específicas ante la emergencia de un brote epidemiológico.

5.3.1 Recomendaciones generales

- Crear espacios psicoterapéuticos accesibles y exclusivos para el personal sanitario que brinden apoyo psicológico ante el desgaste emocional derivado de la naturaleza y complejidad de su trabajo; no sólo ante un brote epidemiológico, sino también en circunstancias como: áreas de difícil acceso, atención a pacientes con alta tasa de mortalidad, salas de urgencia, unidades oncológicas y cuidados intensivos.

- La perspectiva de género debe tomarse en cuenta al elaborar y planificar las medidas e intervenciones para disminuir el impacto psicológico, debido a la alta feminización del sector sanitario en Panamá.
- Incorporar en la agenda semanal (o mensual) de los trabajadores sanitarios un programa en prevención y promoción del bienestar y la salud mental, de modo grupal, dirigido por un especialista de Salud Mental.
- Definir estrategias de detección temprana de trastornos mentales en el personal sanitario y su correspondiente derivación inmediata a un tratamiento psicológico y/o psiquiátrico.
- Realizar alianzas con asociaciones del sector educativo (por ejemplo, clínicas universitarias), fundaciones y ONGs que puedan proveer o patrocinar espacios de atención psicológica y psiquiátrica a un costo accesible o gratuito para el personal sanitario, permitiendo así un nuevo espacio psicoterapéutico externo a su lugar de trabajo. De este modo se disminuyen las resistencias y miedos expresados por los participantes de este estudio sobre la confidencialidad de los datos y la neutralidad con la figura del terapeuta.
- Realizar campañas de sensibilización para educar a la población sobre el rol del personal sanitario en un brote epidemiológico, que apunten específicamente a prevenir las conductas de estigmatización hacia ellos.

- Realizar investigaciones intrahospitalarias para identificar modelos de intervención en salud mental adecuados a las características de su personal sanitario, que sean eficaces y logre la adherencia de sus participantes.

5.3.2 Recomendaciones específicas:

- Destinar recursos para la capacitación y entrenamiento del personal sanitario a nivel del sistema de salud público y privado del país en emergencias sanitarias (brotes epidemiológicos, conflictos armados y desastres naturales); con programas que incluyan el entrenamiento en el uso de la indumentaria, los instrumentos y destrezas específicas, de acuerdo a la especialidad.
- Garantizar que el personal de salud ante una emergencia sanitaria, durante todo el periodo que implique su actividad laboral en respuesta a ésta contará con: insumos de protección (gratuitos), áreas destinadas a su aseo, alimentación y descanso apropiadas, comunicación y contacto con su familia o red de apoyo, jornada laboral equilibrada, pruebas de diagnóstico y tratamiento disponibles, salario remunerado a tiempo y apoyo psicológico. Es clave designar a un grupo de personas administrativas de las instituciones que gestionen y supervisen el correcto cumplimiento de estas garantías.

5.4 Revisión de modelos de intervención en salud mental:

A continuación, se presentan cinco modelos de intervención psicológica utilizados durante la pandemia por COVID-19, como apoyo a la salud mental del personal sanitario, que sirven de referencia para futuras intervenciones:

- Grupo de escucha y apoyo intrahospitalario:

El Hospital Universitario San Ignacio (HUSI) de Bogotá recibió el Premio Internacional ORP (Occupational Risk Prevention) al Mérito de la Gestión Empresarial 2021: «Contención y protección integral para la población trabajadora del HUSI durante la emergencia COVID 19», por la intervención realizada en Salud Mental dirigida al personal sanitario. Su metodología consistió en la organizaron de grupos de escucha y apoyo, basados en la metodología Balint; conformados por médicos psiquiatras, médicos residentes de Psiquiatría y psicólogos, quienes coordinaron diferentes actividades para afianzar la promoción y prevención de la salud mental. Realizaron intervenciones grupales, con frecuencia semanal, de una hora y quince minutos de duración; los participantes podían expresar espontáneamente sus pensamientos, sentimientos y emociones difíciles. También realizaron sesiones individuales para aquellas personas que no se sentían cómodas en los grupos de pares. Además, el hospital contrató los servicios de especialistas en: musicoterapia, yoga y atención plena (mindfulness).

Mediante el correo institucional y afiches la institución promovió las actividades, logrando la participación de 3 300 empleados. La experiencia descrita es un referente como modelo de intervención (Oviedo Lugo et al., 2023).

- Asistencia psicológica en línea para el personal sanitario:

La Asociación Escocesa para la Salud Mental y Glasgow Caledonian University elaboraron en conjunto el programa “Time for You”, como un recurso de atención en salud mental para el personal de primera línea, a partir de abril del 2021. Se ofrecieron tres opciones de servicio: Acceso al software “Living Life to the Full” (LLTF) con recursos de terapia cognitivo conductual (TCC) autoguiados en línea; participación guiada por un colaborador en salud mental usando recursos de TCC en línea y terapia psicológica individual brindada por estudiantes de doctorado en Psicología, con manejo de técnicas en Terapia Centrada en la Persona. Cada una de las intervenciones contaba con mediciones que informaban la necesidad del usuario, así como espacios de supervisión para los terapeutas. Revisar las fortalezas y debilidades detectadas en esta intervención, mediante la investigación de McCann, B. y colaboradores (2023), permite elegir un modelo adecuado de intervención en línea que se adapte a las características de la población y mejore la adherencia de los participantes.

- Uso de aplicativos móviles enfocados a Salud Mental:

Considerando el creciente interés en el uso de aplicaciones móviles enfocadas en salud, estado físico y bienestar en general y la carencia de intervenciones específicas para la salud mental del personal sanitario que se vio impactada frente a la pandemia de COVID-19, Muñoz Ortega y colaboradores (2023) desarrollaron una investigación para crear en Ecuador la aplicación "Psicovida". El app tiene por objetivo brindar herramientas para el fortalecimiento de la salud mental a través de la ejecución de 12 actividades, con enfoque cognitivo-conductual, las cuales se pueden realizar una o dos por semana (Muñoz Ortega et al., 2023). Si bien el uso de aplicaciones móviles en salud (mHealth) es reciente y sus resultados requieren mayor investigación, es importante considerar esta propuesta y seguir informándonos sobre su eficacia, por ser un recurso accesible a una mayor cantidad de usuarios y atractivo para los jóvenes a quiénes se consideró en esta muestra con mayor afectación.
- Estrategias de atención plena (mindfulness) en línea para personal sanitario:

Un estudio de revisión (Yang, J. M et al., 2023) evalúo la eficacia de las estrategias de atención plena en línea, para la reducción de sintomatología psicológica con personal sanitario durante la pandemia

de COVID-19; mediante los datos publicados en diez investigaciones, que cumplían los criterios de selección. Concluyeron que este modelo de intervención puede promover una reducción de los síntomas de ansiedad, depresión y estrés en el personal de primera línea. Sin embargo, enfatizan que se requieren más estudios que midan los efectos a largo plazo.

- Protocolo ABCDE de primeros auxilios psicológicos:

Los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) se definen como estrategias inmediatas de asistencia social para brindar apoyo ante una crisis (por ejemplo: un accidente de tránsito, un desastre natural, un asalto, etc.), por medio de intervenciones concretas que reducen el estrés y la angustia, ayudando al afectado a recuperar el equilibrio emocional y previniendo el desarrollo de secuelas psicológicas. Se caracterizan por cinco elementos principales: calma, seguridad, autoeficacia, conexión y esperanza. El protocolo ABCDE de primeros auxilios psicológicos elaborado por Paula Cortés Montenegro y Rodrigo Figueroa Cabello (2016), presenta una guía con recursos prácticos basados en evidencia que pueden adaptarse y orientar el diseño de estrategias en salud mental para el personal sanitario.

5.5 Futuras líneas de investigación:

Durante la pandemia de COVID-19 el personal sanitario de primera línea, en su mayoría los médicos, tuvieron que enfrentarse a dilemas éticos al tomar decisiones en momentos críticos, por ejemplo, la asignación de las camas y los ventiladores mecánicos de las unidades de cuidados intensivos, valorando quiénes tenían mayor probabilidad de sobrevivir a una intervención; el grupo excluido tenía como desenlace esperado la muerte. Los fragmentos del discurso de algunos participantes de esta investigación dan cuenta del aspecto emocional asociado:

Chuzo me sentí mal, tú sabes que es que el médico te diga: “no quita a ese paciente del pasillo que ese paciente no va para ningún lado” Pero me dolió porque fue con un compañero ¿verdad? y yo le dije: “bueno doctora, si ya usted habló con el familiar, mire que el familiar es compañero mío” (0109)

Tú no puedes ofrecerle a ese paciente lo mismo que vas a ofrecerle a este ¿sí?. No le ofrezcas calidad de vida porque ya no tiene calidad de vida, ofrécele una calidad de muerte sin dolor, que coma, que esté tranquilo (...) por boca, están con sed, entran en delirio, o sea la invasiva es un trauma demasiado grande para cualquiera (1912)

Situación que nos lleva a considerar como una futura línea de investigación los aspectos psicológicos de los dilemas éticos en el personal de salud panameño. Por

otro lado, algunos participantes hacen alusión a eventos traumáticos acontecidos en la historia de Panamá:

“El gobierno qué está haciendo, robando y robándole a la gente. Nosotros esperábamos que fueran a asaltar los pobres a los locales comerciales y los que robaron fueron los grandes” (0209).

“Cuando yo estaba joven ¿qué no hacía en el hospital?, todo esto cuando la gente estaba muriendo y no sabíamos de qué era y era el envenenamiento”. (Entrevistadora pregunta: ¿En el Dietilenglicol?) Sí en el campo de batalla (0910).

El primer participante hace referencia a una experiencia vivida durante la Invasión a Panamá en 1989 y el segundo hace alusión al envenenamiento colectivo con Dietilenglicol en el 2006. Es importante explorar si los eventos traumáticos acontecidos en la historia de Panamá continúan generando un malestar emocional, si son reactivados ante un nuevo estresor o han dado lugar a la resiliencia.

El presente estudio no pretende ser un análisis exhaustivo y completo de la experiencia del personal de salud en pandemia, sino la posibilidad de sentar antecedentes científicos en Panamá, abriendo un espacio a nuevas reflexiones y preguntas por responder.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aafjes-van Doorn, K., Békés, V., Prout, T. A. & Hoffman, L. (2020). Psychotherapists' vicarious traumatization during the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(1), 148–150.

<https://doi.org/10.1037/tra0000868>

Abadi, M. (1960). En torno a la muerte: Notas psicoanalíticas sobre una fantasía clave.

Revista de Psicoanálisis, 17(4), 431-448. <http://apa.opac.ar/greenstone/cgi-bin/library.cgi>

An, Y., Yang, Y., Wang, A., Li, Y., Zhang, Q., Cheung, T., Ungvari, G. S., Qin, M-Z., An, F-R., & Xiang, Y-T. (2020). Prevalence of depression and its impact on quality of life among frontline nurses in emergency departments during the COVID-19 outbreak. *Journal of Affective Disorders*, 276, 312–31

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.047>

Asociación Nacional de Enfermeras de Panamá [ANEPE]. (2020). *Comunicado oficial*. [Archivo PDF].

<https://www.facebook.com/photo/?fbid=830764754118124&set=a.531375300723739>

Ayala, A., Campos, M. y Fong, J. (2022). El síndrome de burnout en el personal de salud asociado a la pandemia Covid-19. *Saluta*, 1(3), 10-23.

<https://revistas.umecit.edu.pa/index.php/saluta/article/view/594/1205>

Badilla, L. (2002) *La evaluación del discurso educativo: Programa mujer, salud y desarrollo*, Centro América, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. [Tesis Doctoral, Universidad de Costa Rica].

Barlow, D. H. y Durand, M. (2001). *Psicología anormal. Un enfoque integral*. Thompson Learning

Becerra-García, J. A., Sánchez-Gutiérrez, T., Barbeito, S., Aguilar Pascual, L., Verdugo Martínez, A, Larrinaga Pardo, M. E., Valle Garrido, A., Ortín Aguilar, A. B., Pérez Márquez, N., y Calvo Calvo, A. (2022). Psychopathology in Spanish health professionals during the Covid-19 pandemic and associated socio-occupational and psychological factors. *Behavioral Psychology*, 30(3), 709-726.

<https://doi.org/10.51668/bp.8322307n>

Benavides, P. E. (2017). La depresión, evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *Revista PUCE*, 105, 171-188.

<https://doi.org/10.26807/revpuce.v0i0.119>

Bernal Guerrero, A. (2009). *El concepto de «autorrealización» como identidad personal. Una revisión crítica*. [Archivo PDF].

<https://revistascientificas.us.es/index.php/Cuestiones-Pedagogicas/article/view/10100/8902>

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., y Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it:

rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Brosseau-Liard, P. E., & Savalei, V. (2014). Adjusting incremental fit indices for nonnormality. *Multivariate Behavioral Research*, 49(5), 460–470.

<https://doi.org/10.1080/00273171.2014.933697>

Brosseau-Liard, P. E., Savalei, V., & Li, L. (2012). An investigation of the sample performance of two nonnormality corrections for RMSEA. *Multivariate Behavioral Research*, 47(6), 904–930. <https://doi.org/10.1080/00273171.2012.715252>

Bucciarelli, V., Nasi, M., Bianco, F., Seferovic, J., Ivkovic, V., Gallina, S., & Mattioli, A. V. (2022). Depression pandemic and cardiovascular risk in the COVID-19 era and long COVID syndrome: Gender makes a difference. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 32(1), 12-17. <https://doi.org/10.1016/j.tcm.2021.09.009>

Cao, C., Wang, L., Fang, R., Liu, P., Bi, Y., Luo, S. y Olff, M. (2022). Síntomas de ansiedad, depresión y TEPT entre estudiantes de secundaria en China en respuesta a la pandemia y el bloqueo de COVID-19. *Revista de trastornos afectivos*, 296, 126-129.<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.052>

Castelar Cárdenas, P. S. (2020). *Influencia de riesgos laborales en el ausentismo laboral durante la pandemia en enfermeros de un hospital público, Callao–2020*. [Tesis de Maestría para la Gestión de los servicios de salud, Universidad César Vallejo]. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/49967>

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International journal of behavioral medicine*, 4(1), 92-100.
https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>

Cedillo Ildefonso, B. (2017). Generalidades de la neurobiología de la ansiedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 239-251.

<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol20num1/Vol20No1Art14.pdf>

Chilón Díaz, S. J. (2021). *Niveles de estrés y estrategias de afrontamiento en el personal del servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante la pandemia covid-19, mayo–diciembre 2020*. [Tesis de grado, Universidad Nacional de Cajamarca].

http://190.116.36.86/bitstream/handle/20.500.14074/4209/T016_46752656_T.pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Consejo Internacional de Enfermeras [CIE]. (13 de enero de 2021). *El efecto de la COVID-19: Las enfermeras del mundo se enfrentan a trauma colectivo, un peligro inmediato para la profesión y el futuro de nuestros sistemas de salud*.

<https://www.icn.ch/es/noticias/el-efecto-de-la-covid-19-las-enfermeras-del-mundo-se-enfrentan-trauma-colectivo-un-peligro>

Constitución Política de la República de Panamá [Const]. (1972). Modificada por los actos reformatorios. 7 de julio de 1972 (República de Panamá).

Contreras Díaz, L. E. (2022). *Estrés laboral y estrategias de afrontamiento del personal de Salud en contexto COVID19 Puesto de Salud Villa Hermosa, Chiclayo.* [Tesis de Maestría en Gestión de los Servicios de Salud, Universidad César Vallejo].

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/85035/Contreras_D LE-SD.pdf?sequence=1

Cox, C. L. (2020). ‘Healthcare Heroes’: Problems with media focus on heroism from healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Journal of Medical Ethics*, 46(8), 510–513. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106398>

Crespo, J.J., y Beck, A. (2020). *La juridicidad del estado de emergencia y suspensión de garantías fundamentales por covid-19.* Segunda Época.

Danet Danet, A. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Medicina Clínica*, 156(9), 449-458. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.11.009>

De Arco Paternina, L. K. y Castillo Hernández, J. A. (2020). Síndrome de Burnout en época de pandemia: caso colombiano. *Interconectando Saberes*, (10), 115-123. <https://doi.org/10.25009/is.v0i10.2675>

De la Rosa Gómez, A. y López, G. C. (2016). Reacciones postraumáticas: revisión desde una perspectiva dimensional. *Psicología Iberoamericana*, 24(1), 70-79.
<https://www.redalyc.org/journal/1339/133947583009/html/>

De Michaca, M. C. V. A. (1993). Observaciones en la transferencia y contratransferencia en el manejo de grupos de intervención en crisis: el sismo de México, 1985. *Imagen psicoanalítica*, 2(2), 1-21. <https://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/1993-ampiep-imagen-v2-n2-9.pdf>

Decreto Ejecutivo N°64. (2020). *Plan Nacional ante la Amenaza por el Brote del Nuevo Coronavirus (2019-nCoV)*. Boletín Oficial, República de Panamá, ciudad de Panamá. 28 de enero de 2020. <https://www.conep.org.pa/covid-19/decreto-ejecutivo-no-64-de-28-de-enero-de-2020/#:~:text=19Comunicaciones%20CONEP-,Decreto%20Ejecutivo%20No.,por%20el%20Ministerio%20de%20Salud.>

Díaz Kuaik, I., y de la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: Revisión y delimitación conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16(1), 42-50.

<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/130624>

Dziedzic, B., Kobos, E., Sienkiewicz, Z., & Idzik, A. (2022). Mental Health of Nurses during the Fourth Wave of the COVID-19 Pandemic in Poland. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1-12.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19031785>

Epskamp, S. (2022). *Psychonetrics: Structural equation modeling and confirmatory network analysis*. R package (version 0.11). <https://CRAN.R-project.org/package=psychonetrics>

Espinosa, E., Rodriguez, E., Donnelly, C y Carrera, J. (2021). *Prevalence and associated factors with mental health outcomes among interns and residents physicians during COVID-19 epidemic in Panama: a cross-sectional study*. [Archivo PDF].
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.26.21254435v1.full.pdf>

Feldman, A. (2017). *Estrategias de afrontamiento y autoeficacia para la resistencia del alcohol en universitarios*. [Tesis de grado, Universidad Católica del Perú].
https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/24503/FELD_MAN_DE_AZAMBUJA_ALLISON1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Feldman, R. (2017). *Psicología*. McGraw Hill.

Fernández-López, O., Jiménez Hernández, B., Alfonso Almirall, R., Sabina Molina, D., y Cruz Navarro, J. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *MediSur*, 10(5), 466-479.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000500019

Filindassi, V., Pedrini, C., Sabadini, C., Duradoni, M., y Guazzini, A. (2022). Impacto de la primera ola de COVID-19 en las dimensiones psicológicas y psicosociales: una

revisión sistemática. *Covid*, 2 (3), 273-340.

<https://doi.org/10.3390/covid2030022>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Uruguay. (2020). *El estigma social asociado con el COVID-19. Una guía para prevenir y abordar la estigmatización social*. Organización Mundial de la Salud - Cruz Roja. [El estigma social asociado con el COVID-19 - UNICEF Uruguay.pdf](#)

Freud, S. (1915). De guerra y de muerte. Temas de actualidad. En S. Freud, *Obras Completas*, vol. XIV (pp. 273-304). Amorrortu editores.

Freud, S. (1923). *El yo y el ello*. Amorrortu Editores.

Friedman, M.J y Schnurr, P.P. (1995). La relación entre trauma, trastorno de estrés postraumático y salud física. En M. J, Friedman, D. S, Charney y A.Y, Deutch (Eds.), *Consecuencias neurobiológicas y clínicas del estrés: de la adaptación normal al trastorno de estrés postraumático* (págs. 507–524). Editores Lippincott Williams & Wilkins.

García Campos, M. (2023). *Trabajar con el trauma, traumatiza*. [Trabajo de fin de grado Trabajo Social, Universidad Pablo de Olavide]. Repositorio Institucional Olavide. <https://rio.upo.es/xmlui/handle/10433/16181>

García-Vivar, C., Rodríguez-Matesanz, I., San Martín-Rodríguez, L., Soto-Ruiz, N., Ferraz-Torres, M., & Escalada-Hernández, P. (2023). Analysis of mental health effects among nurses working during the COVID-19 pandemic: A systematic

review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 30(3), 326–340.

<https://doi.org/10.1111/jpm.12880>

Gereš, Natko and Ivezić, Ena and Grošić, Vladimir and Belak Škugor, Sanja and Cvitanušić, Slobodanka and Markotić, Alemka and Vuk Pisk, Sandra Vuk and Ćelić-Ružić, Mirela and Filipčić, Igor, Validation of the Croatian Version of the COVID-19 Peritraumatic Distress Index Scale with a Sample of the Medical and Non-Medical Staff from Two Hospitals. Available at SSRN: https://ssrn.com/abstract=3999105 or http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3999105

Gold, J. A. (2020). Covid-19: resultados adversos de salud mental para los trabajadores de la salud. *Revista bmj*, 369, 15- 18.

<https://doi.org/10.1136/bmj.m1815>

González-Rivera, J., Rosario-Rodríguez, A., y Cruz-Santos, A. (2020). Escala de Ansiedad por Coronavirus: Un Nuevo Instrumento para Medir Síntomas de Ansiedad Asociados al COVID-19. *Interacciones*, 6(3), 1-8.

<https://doi.org/10.24016/2020.v6n3.163>

Grandi, G., Pakenham, K. I., Boccolini, G., Grandi, S. y Tossani, E. (2020). Ansiedad por la salud y resultado de la salud mental durante el confinamiento por la COVID-19 en Italia: las funciones mediadoras y moderadoras de la flexibilidad psicológica.

Fronteras en psicología, 11(1), 21- 95.

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.02195/full>

Guerra Mamani, K. y Varillas Suarez, Y. (2022) Impacto emocional relacionado al COVID 19 en estudiantes de Medicina Humana de una universidad privada peruana.

<https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/5449>

Gutiérrez Alvarez, A. K., Cruz Almaguer, A. Y., y Zaldivar Santos, E. D. (2020). Gestión de seguridad psicológica del personal sanitario en situaciones de emergencia por COVID-19 en el contexto hospitalario o de aislamiento. *Revista Cubana de Enfermería, 36*(2), 1-19.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192020000200022&lng=en&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192020000200022&lng=en&tlng=es)

Gutierrez Mendez, R. V. (2022). *Niveles de distrés peritraumático relacionado a la COVID-19 en el personal de salud en un hospital público, Lima - 2022.* [Tesis de grado, Universidad Cesar Vallejo].

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/94377/Gutierrez_M_RV-SD.pdf?sequence=8&isAllowed=y

Hardy, G. E., & Llewelyn, S. (2015). Introduction to psychotherapy process research. In O. C. G. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy research: Foundations, process, and outcome* (pp. 183–194). Springer Vienna.

Haslbeck, J. M. & Waldorp L. J. (2020). mgm: Estimating Time-Varying Mixed Graphical Models in High-Dimensional Data. *Journal of Statistical Software*, 93(8), 1-46.

<https://doi.org/10.18637/jss.v093.i08>

Haslbeck, J. M., Borsboom, D., & Waldorp, L. J. (2021). Moderated network models. *Multivariate behavioral research*, 56(2), 256-287.

<https://doi.org/10.1080/00273171.2019.1677207>

Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British journal of clinical psychology*, 44(2), 227-239.

<https://doi.org/10.1348/014466505X29657>

Hernández Sampieri, R. y Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la Investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mc Graw Hill.

Howitt, D., & Cramer, D. (2020). *Research methods in psychology* (6a ed.). Harlow: Pearson.

Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1–55.

<https://doi.org/10.1080/10705519909540118>

Juárez García, A. (2020). Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Revista de la Universidad*

Industrial de Santander. Salud, 52(4), 432-439.

<https://doi.org/10.18273/revsal.v52n4-2020010>

Kalal, N., Sharma, S. K., & Yadav, S. (2023). Commentary: Nurses' experiences of the social stigma caused by the COVID-19 pandemic: a qualitative study. *Journal of research in nursing*, 28(2), 116–117. <https://doi.org/10.1177/17449871231163169>

Kafle K, Shrestha DB, Baniya A, Lamichhane S, Shahi M, Gurung B, et al. (2021) Psychological distress among health service providers during COVID-19 pandemic in Nepal. PLoS ONE 16(2): e0246784. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246784>

Keller, F. M., DerkSEN, C., Kötting, L., Dahmen, A., & Lippke, S. (2023). Distress, loneliness, and mental health during the COVID-19 pandemic: Test of the extension of the Evolutionary Theory of Loneliness. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 15(1), 24–48. <https://doi.org/10.1111/aphw.12352>

Kleine, R., Galimov, A., Hanewinkel, R., Unger, J., Sussman, S., & Hansen, J. (2023). Impact of the COVID-19 pandemic on young people with and without pre-existing mental health problems. *Scientific Reports*, 13, 1-10. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-32918-5>

Kwong, A. S. F., López-López, J. A., Hammerton, G., Manley, D., Timpson, N. J., Leckie, G., & Pearson, R. M. (2019). Genetic and Environmental Risk Factors Associated

With Trajectories of Depression Symptoms From Adolescence to Young Adulthood. *JAMA Network Open*, 2(6).

<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.6587>

Kwong, A. S., Pearson, R. M., Smith, D., Northstone, K., Lawlor, D. A. y Timpson, N. J. (2020). Evidencia longitudinal de ansiedad persistente en adultos jóvenes a través de restricciones COVID-19. *Investigación abierta de bienvenida*, 5, 195-210.

<https://wellcomeopenresearch.org/articles/5-195>

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z y Hu, S. (2020). Factores asociados con los resultados de salud mental entre los trabajadores de la salud expuestos a la enfermedad por coronavirus 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), 203-976.

<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>

Langer, M. (1965). *El miedo a la muerte*. Ediciones Hormé.

Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud*. Editorial Desclée de Brouwer. <https://elibro.net/es/ereader/uda/47645>

Leech, N. L. & Onwuegbuzie, A. J. (2009). A typology of mixed methods research designs. *Quality & Quantity*, 43(2), 265–275. <https://doi.org/10.1007/s11135-007-9105-3>

Li, Y., Scherer, N., Felix, L. & Kuper, H. (2021). Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19

pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Plos One*, 16(3), 1-19.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246454>

Li, Z., Ge, J., Yang, M., Feng, J., Qiao, M., Jiang, R., Bi, J., Zhan, G., Xu, X., Wang, L., Zhou, Q., Zhou, C., Pan, Y., Liu, S., Zhang, H., Yang, J., Zhu, B., Hu, Y., Hashimoto, K., Jia, Y., Wang, H., Wang, R., Liu, C., & Yang, C. (2020). Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 916–919.

<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.007>

Loyola da Silva, T. C., De Medeiros Pinheiro Fernandes, Á. K., Brito do O'Silva, C., de Mesquita Xavier, S. S. y Bezerra de Macedo, E. A. (2021). El impacto de la pandemia en el rol de la enfermería: una revisión narrativa de la literatura. *Enfermería Global*, 20(63), 502-543. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412021000300016&script=sci_arttext

Lozano-Vargas, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-psiquiatría*, 83(1), 51-56.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000100051

Lozano-Vargas, A. (2021). El síndrome de burnout en los profesionales de salud en la pandemia por la COVID-19.. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 84(1), 1-2.
<https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v84i1.3930>

Lu, M-Y., Ahorsu, D. K., Kukreti, S., Strong, C., Lin, Y-H., Kuo, Y-J., Chen, Y-P., Lin, C-Y., Chen, P-L., Ko, N-Y., & Ko, W-C. (2021). The Prevalence of Post-traumatic Stress Disorder Symptoms, Sleep Problems, and Psychological Distress Among COVID-19 Frontline Healthcare Workers in Taiwan. *Front. Psychiatry*, 12, 1-8.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.705657>

Marahwa, P., Makota, P., Chikomo, D.T., Chakanyuka, T., Ruvai, T., Osafo, K.S, y Chen, L. (2022). El impacto psicológico de COVID-19 en estudiantes universitarios en China y África. *PLoS One*, 17(8), 270-824.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270824>

Mark, M. M. (2015). Mixed and multimethods in predominantly quantitative studies, especially experiments and quasi-experiments. In S. N. Hesse- Biber & R. B. Johnson (Eds.), *The Oxford handbook of multimethod and mixed methods research inquiry* (pp. 21–41). Oxford: Oxford University Press.

Martorell, N. (2014). *Traumatización vicaria y catástrofe: una realidad poco conocida*. Universitat de les Illes Balears.

McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131–149. doi:10.1007/bf00975140

McCann, B., Hunter, S. C., McAloney-Kocaman, K., McCarthy, P., Smith, J., & Calveley, E. (2023). Time for You: A process evaluation of the rapid implementation of a multi-level mental health support intervention for frontline workers during the COVID-19 pandemic. *PLoS ONE*, 18(10)1-17.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0293393>

Medina-Ortiz, O., Araque-Castellanos, F., Ruiz-Domínguez, L. C., Riaño-Garzón, M., y Bermudez, V. (2021). Trastornos del sueño a consecuencia de la pandemia por COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37, 755-761.

Megalakaki, O., Kossigan Kokou-Kpolou, C., Vaudé Sunyoung Park, J., Kator Iorfa, S., Cénat, J.M y Derivois, D. (2021). Does peritraumatic distress predict PTSD, depression and anxiety symptoms during and after COVID-19 lockdown in France? A prospective longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research*, 137, 81-88.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022395621001023>

Mohammed, S., Peter, E., Killackey, T., & Maciver, J. (2021). The “nurse as hero” discourse in the COVID-19 pandemic: A poststructural discourse analysis.

International Journal of Nursing Studies, 117.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103887>

Montenegro, P. C., & Cabello, R. F. (n.d.). Manual ABCDE para la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos. (1ra Edición).

Morales, A. A. E. (2022). Acciones realizadas por el sistema de la integración centroamericana durante la pandemia. *UMH-Sapientiae*, 3(1), 38-50.

<https://doi.org/10.5377/umhs.v3i1.15299>

Morán, C., Landero, R., y González, M. T. (2010). COPE-28: Un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE*. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672010000200020

Moreno Proaño, G. (2020). Pensamientos distorsionados y ansiedad generalizada en COVID-19. *CienciAmérica*, 9(2), 1-5. <https://doi.org/10.33210/ca.v9i2.314>

Moreno-Hurtado, M., Torres-Arévalo, N., Martínez-Patiño Karent, Martínez-Beltrán, K., y Vesga-Rodríguez, J. (2018). Identidad Laboral: Análisis del Concepto en el Contexto Actual del Mundo del Trabajo. *Salud y Administración*, 5(14), 59-67.

<https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/24>

Morse, J. M. (2003). Principles of mixed methods and multimethod research design. In C. Teddlie, & A. Tashakkori (Eds.), *Handbook of mixed methods in social and behavioral research* (pp. 189-208). Sage Publication.

Muñoz Ortega, S., Santamaría Guayaquil, D. y Pluas Borja, J. (2023). Un Aplicativo móvil como modelo de intervención en salud mental para personal sanitario. FACSALUD-UNEMI, 7(13). <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8360vol7iss13.2023pp21-26p>

Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2007). *Mplus user's guide*. Muthén & Muthén.

Neill, R. D., Blair, C., Best, P., McGlinchey, E., & Armour, C. (2023). Media consumption and mental health during COVID-19 lockdown: a UK cross-sectional study across England, Wales, Scotland and Northern Ireland. *Journal of public health*, 31(3), 435–443. <https://doi.org/10.1007/s10389-021-01506-0>

Organización de las Naciones Unidas. (13 de mayo de 2020). *Informe de Políticas sobre el COVID-19 y la salud mental*. Organización de las Naciones Unidas. <https://www.un.org/es/coronavirus/articles/servicios-de-salud-mental-respuesta-gobiernos-covid-19>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (20 de enero de 2020). *Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional acerca del nuevo coronavirus (2019-nCoV)*. Organización Mundial de la Salud. [https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov))

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (31 de marzo de 2023). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (11 de enero de 2020). *Plan operativo nacional del sistema de salud para la prevención y control del nuevo coronavirus – (2019-NCOV)*. Organización Panamericana de la Salud.

<https://covid19-evidence.paho.org/handle/20.500.12663/583>

Ortega Mogrovejo, D. E. (2022). *Distrés peri-traumático en estudiantes de una universidad privada de Lima metropolitana en el contexto de la covid-19*. [Tesis de grado, Universidad privada del Norte].

<https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/33548/Ortega%20Mogrovej0%20Danitza%20Elvira.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ortiz-Calvo, E., Martínez-Alés, G., Mediavilla, R., González-Gómez, E., Fernández-Jiménez, E., Bravo-Ortiz, M. F., Moreno-Küstner, B., & COVID-19 Health Care Workers – Spain Group. (2022). The role of social support and resilience in the mental health impact of the COVID-19 pandemic among healthcare workers in Spain. *Journal of psychiatric research*, 148, 181–187.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.12.030>

Oviedo, D. C., Pinzón, M. S., Rodríguez-Araña, S., Tratner, A. E., Quirós, E., Chavarría, C., Posada Rodríguez, C. y Britton, G.B. (2022). Psychosocial response to the COVID-19 pandemic in Panama. *Public Health*, 10(9), 19- 81.

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2022.919818/full>

Oviedo Lugo, G. F., Uribe Restrepo, J. M., Pinto Álvarez, M., Patiño Trejos, J. A., & Gómez-Chiappe, N. (2023). Listening and Support Groups in a Teaching Hospital as a Model of Intervention for Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 52, S105–S112.

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.10.012>

Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V.G., Papoutsi, E y Katsaounou, P. (2020). *Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis*, *Brain, Behavior, and Immunity*. [Archivo PDF]. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>

Paz, C., Mascialino, G., Adana-Díaz, L., Rodríguez-Lorenzana, A., Simbaña-Rivera, K., Gómez-Barreno, L., Troya, M., Paez, M. I., Cardenas, J., Gerstner, R., y Ortiz-Prado, E. (2020). Behavioral and sociodemographic predictors of anxiety and depression in patients under epidemiological surveillance for COVID-19 in Ecuador. *Plos One*, 15(9), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240008>

Pedraz-Petrozzi, B., Arévalo-Flores, M., Krüger-Malpartida, H. y Anculle-Arauco, V. (2020). Validación por expertos del Índice de Distrés Peri-traumático relacionado con la Enfermedad por Coronavirus 2019 para su uso en el Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(4), 228-235.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000400228

Pérez Cuevas, R. (2020). Los retos del personal de salud ante la pandemia de COVID-19: pandemónium, precariedad y paranoia. *Gente saludable blog*.
<https://blogs.iadb.org/salud/es/desafios-personal-salud-coronavirus/>

Perez De Leon, N. (2021). *Relación entre trabajo significativo, bienestar subjetivo y bienestar psicológico*. [Tesis de grado, Universidad de la Laguna].
<https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/25324>

Perry, B. D. (2014). Estrés, Trauma y Trastornos de Estrés Post-traumático en los niños. *Health and Human Rights Info*. <https://tinyurl.com/r9cjmapt>.

Plunkett, R., Costello, S., McGovern, M., McDonald, C., & Hallahan, B. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on patients with pre-existing anxiety disorders attending secondary care. *Irish journal of psychological medicine*, 38(2), 123–131.
<https://doi.org/10.1017/ipm.2020.75>

Pogo Carrillo, D. I. (2021). *Ausentismo laboral del personal de enfermería durante la pandemia COVID-19*. [Tesis de Licenciatura en Enfermería, Universidad Técnica de Ambato]. <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/34083>

Puga, C. (2021). *Una agenda para la pandemia*. [Archivo PDF].
https://ru.ceiich.unam.mx/bitstream/123456789/3929/1/Las_ciencias_sociales_y_el_coronavirus_Cap_1_Una_agenda_para_la_pandemia.pdf

Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic:

implications and policy recommendations. *General psychiatry*, 33(2), e100213.

<https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>

Resolución de Gabinete N° 11. (2020). *Resolución*. Boletín Oficial, República de Panamá, ciudad de Panamá. 13 de marzo del 2020.

<https://www.mitradel.gob.pa/decretoscovid19/resolucion-de-gabinete-no-11-de-13-de-marzo-de-2020-que-declara-el-estado-de-emergencia-nacional-y-dicta-otras-disposiciones-consejo-de-gabinete/>

Reyes de Polanco, N. (2021) La viralización de la COVID-19 y la Infodemia. Realidad y Desmentida. *Cuadernos de Psicoanálisis LIV*, 1-2.

Rosenberg, J. M., Beymer, P. N., Anderson, D. J., Van Lissa, C. J., & Schmidt, J. A. (2018). tidyLPA: An R Package to Easily Carry Out Latent Profile Analysis (LPA) Using Open-Source or Commercial Software. *Journal of Open Source Software*, 3(30), 978. <https://doi.org/10.21105/joss.00978>

Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1-36. <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>

Rossi, R., Soccia, V., Pacitti, F., Di Lorenzo, G., Di Marco, A., Siracusano, A., y Rossi, A. (2020). Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy.

JAMA Network Open, 3(5), 185-210.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.10185>

San Martin-Rodriguez, L., Escalda-Hernandez, P., Soto-Ruiz, N., Ferraz-Torres, M., Rodriguez-Matesanz, I., & Garcia-Vivar, C. (2022).. Mental health of Spanish nurses working during the COVID- pandemic: A cross-sectional study. *International Nursing Review*, 69(4), 538-545. <https://doi.org/10.1111/inr.12764>

Sánchez-De la Cruz, J. P., González-Castro, T. B., Pool-García, S., López-Narváez, M. L y Tovilla-Zárate, C. A. (2021). Emotional and Psychological Status of Nursing Staff Attacked During the COVID-19 Pandemic in Latin America. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 493, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.08.006>

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

Sarrais, F y de Castro Manglano, P. (2007). El insomnio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(1), 121-134. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272007000200011%20%20https://www.sleepfoundation.org/articles/healthy-sleep-tips&script=sci_arttex

Sassón, M. (2004). *Catástrofes y Salud mental. Abordajes Teóricos y Modalidades de Intervención*. [Tesis Licenciatura en Psicología, Universidad de Belgrano]. <http://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/1584>

- Serrano-Ripoll, M.J., Zamanillo-Campos, R., Castro, A., Fiol-de Roque, M.A., & Ricci-Cabello, I. (2021). Insomnia and sleep quality in healthcare workers fighting against COVID-19: a systematic review of the literature and meta-analysis. *Actas españolas de psiquiatria*, 49 4, 155-179 .
- Scrucca L., Fop M., Murphy T. B., & Raftery A. E. (2016). mclust 5: clustering, classification and density estimation using Gaussian finite mixture models. *The R Journal*, 8(1), 289-317. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27818791/>
- Shah, S. (2020). *Pandemia*. Capitán Swing Libros.
- Shah, S. K., Neupane, S., Adhikari, K., & Mallik, M. (2022). Level of depression anxiety and stress among health care workers at a tertiary hospital during second wave of COVID in Nepal. *Journal of Chitwan Medical College*, 12(1), 71–76. <https://www.nepjol.info/index.php/JCMC/article/view/43830>
- Shechter, A., Diaz, F., Moise, N., Anstey, D. E., Ye, S., Agarwal, S., Birk, J. L., Brodie, D., Cannone, D. E., Chang, B., Claassen, J., Cornelius, T., Derby, L., Dong, M., Givens, R. C., Hochman, B., Homma, S., Kronish, I. M., Lee, S. A. J. y Abdalla, M. (2020). Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *General Hospital Psychiatry*, 66, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.06.007>

Southwick S. M., Bonanno G. A., Masten A. S., Panter-Brick C., Yehuda R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *Eur. J. Psychotraumatol.* 5. doi: 10.3402/ejpt.v5.25338

Solano-Ruiz, C. (2021). Pandemia versus cambio en la identidad de los profesionales de salud. *Cultura de los Cuidados*, 25(2), 1-20. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.esp2.01>

Soldatos, C. R., Dikeos, D. G., & Paparrigopoulos, T. J. (2000). Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *Journal of psychosomatic research*, 48(6), 555-560. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(00\)00095-7](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(00)00095-7)

Taylor, S. J., y Bogdan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós.

Valdés, P. R., Cámera, L. A., de la Serna, M., Abuabara-Turbay, Y., Carballo-Zárate, V., Hernández-Ayazo, H., Sierra-Merlano, R. M., Viera-Jaraba, A., Rodríguez-Hurtado, D., Vaucher-Rivero, A., Melgar-Cuéllar, F., Ibáñez-Guzmán, C., Araya-Fonseca, C., Betancourt-Torres, I., Montúfar-Guardado, R., Nitsch-Montiel, C., Brav-Mejía, C. R., Salgado-Guevara, D. A., Bustillo-Valeriano, P. L.,... Carrasco-Dueñas, S. (2020). Ataque al personal de la salud durante la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica. *Acta Médica Colombiana*, 45(3), 55-69. <https://doi.org/10.36104/amc.2020.1975>

Valero Barrios, M.T. (2021). *Intervención en crisis y primera ayuda psicológica para profesionales sanitarios en la pandemia COVID 19*. [Tesis de grado, Universidad de Almería].

<http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/9710/VALERO%20BARRIOS%2c%20MARIA%20TERESA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Van der Laken, P. (2022). *ppsr: Predictive Power Score*. R package version 0.0.2.

<https://cran.r-project.org/web/packages/ppsr/index.html>

Vinueza-Veloz, A. F., Aldaz-Pachacama, N. R., Mera-Segovia, C. M., Pino-Vaca, D. P., Tapia-Veloz, E. C. y Vinuez-Veloz, M. F. (2020). Burnout syndrome among Ecuadorian medical doctors and nurses during COVID-19 pandemic. *SciELO Preprints*, 1-21. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.708>

Vivanco-Vidal, A., Saroli-Araníbar, D., Caycho-Rodríguez, T., Carbajal-León, C., y Noé-Grijalva, M. (2020). Ansiedad por Covid - 19 y salud mental en estudiantes universitarios. *Revista de Investigación en Psicología*, 23(2), 197–215. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v23i2.19241>

Wetschoreck, F. (2020). *Rip correlation. Introducing the Predictive Power Score*. <https://towardsdatascience.com/rip-correlation-introducing-the-predictive-power-score-3d90808b9598>

Yang, J. M., Ye, H., Long, Y., Zhu, Q., Huang, H., Zhong, Y. B., Luo, Y., Yang, L., & Wang, M. Y. (2023). Effects of Web-Based Mindfulness-Based Interventions on

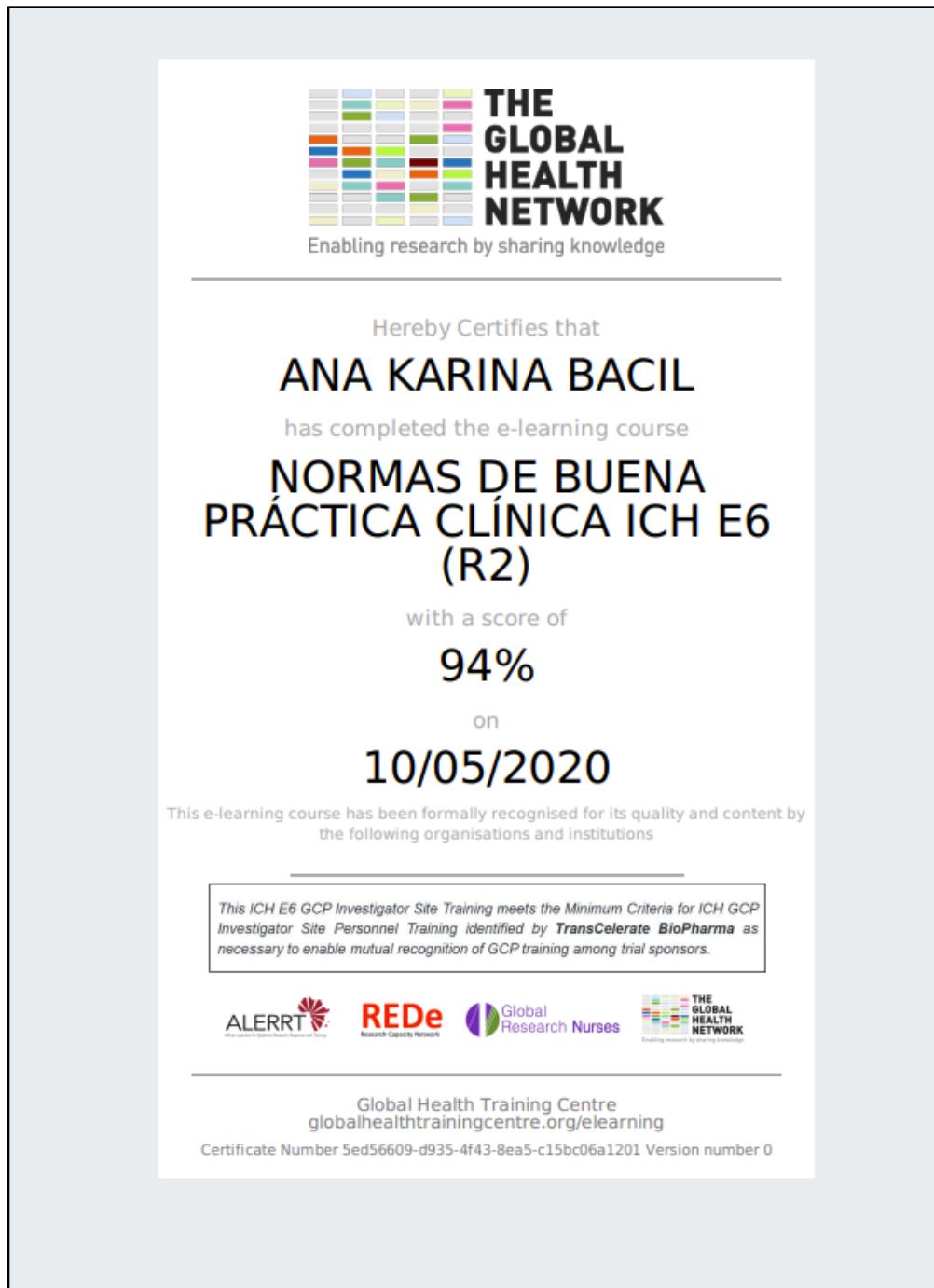
Anxiety, Depression, and Stress Among Frontline Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 25, 1-15.<https://doi.org/10.2196/44000>

Zhang, S., Batra, K., Xu, W., Liu, T., Dong, R., Yin, A., Chen, J. (2022). Mental disorder symptoms during the COVID-19 pandemic in Latin America – a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31, 1-13.
<https://doi.org/10.1017/S2045796021000767>

Zhou, Z., Shabei, X., Hui W., Zheng L., Jianhong W., Guo L. et al. (2020) COVID-19 in Wuhan: Sociodemographic characteristics and hospital support measures associated with the immediate psychological impact. *The Lancet*.
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100443>

ANEXOS

I. CERTIFICADO DEL CURSO DE BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS



II. CARTA DE APROBACIÓN DEL ESTUDIO POR EL CNBI

 Comité Nacional de Bioética de la Investigación de Panamá PLANTILLA DE TRABAJO	Comité Nacional de Bioética de la Investigación de Panamá Plantilla de Trabajo																		
Código del PT: PT-023	Título: Aprobación de Protocolo																		
Versión: 1.3	Fecha: Agosto 2018																		
Aprobación de protocolo																			
<p>Por este medio informamos que, en reunión de este Comité, realizada el 25 de agosto de 2020 luego de revisión se decidió APROBAR el protocolo en referencia.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>No. Interno de Seguimiento:</td> <td>EC-CNBI-2020-08-87</td> </tr> <tr> <td>Número del Protocolo:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Título de Protocolo:</td> <td>Impacto Psicológico en el Personal de Enfermería y Técnicos de la Salud de Panamá por la Pandemia de COVID-19</td> </tr> <tr> <td>Patrocinador:</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Investigador Principal:</td> <td>Lic. Ana Karina Bacil</td> </tr> <tr> <td>Nombre y Dirección del Sitio de Investigación aprobado:</td> <td>USMA</td> </tr> <tr> <td>Fecha de aprobación:</td> <td>25 de agosto de 2020</td> </tr> <tr> <td>Fecha de vencimiento de aprobación:</td> <td>-</td> </tr> </table>				No. Interno de Seguimiento:	EC-CNBI-2020-08-87	Número del Protocolo:		Título de Protocolo:	Impacto Psicológico en el Personal de Enfermería y Técnicos de la Salud de Panamá por la Pandemia de COVID-19	Patrocinador:	-	Investigador Principal:	Lic. Ana Karina Bacil	Nombre y Dirección del Sitio de Investigación aprobado:	USMA	Fecha de aprobación:	25 de agosto de 2020	Fecha de vencimiento de aprobación:	-
No. Interno de Seguimiento:	EC-CNBI-2020-08-87																		
Número del Protocolo:																			
Título de Protocolo:	Impacto Psicológico en el Personal de Enfermería y Técnicos de la Salud de Panamá por la Pandemia de COVID-19																		
Patrocinador:	-																		
Investigador Principal:	Lic. Ana Karina Bacil																		
Nombre y Dirección del Sitio de Investigación aprobado:	USMA																		
Fecha de aprobación:	25 de agosto de 2020																		
Fecha de vencimiento de aprobación:	-																		
Se revisaron y aprobaron los siguientes documentos																			
Nombre	Versión	Fecha	Idioma																
Protocolo	2.0	17 de agosto de 2020	Español																
Hoja de información y Consentimiento Informado	2.0	17 de agosto de 2020	Español																
Herramienta para la Recolección de Datos - Cuestionario	-	-	Español																
Afiche de participación	-	-	Español																

*Propiedad del Comité Nacional de Bioética de la Investigación
Página 1 de 3*



Comité Nacional de Bioética de la Investigación de Panamá
Plantilla de Trabajo

Código del PT: PT-023

Título: Aprobación de Protocolo

Versión: 1.3

Fecha: Agosto 2018

Por este medio se hace constar que los siguientes miembros del CNBI
estuvieron presentes en la sesión en la cual se APROBO el protocolo

Nombre	Institución a la que representa
Argentina Ying	Universidad de Panamá
Luis Coronado	Hospital del Niño
Rita Trujillo	Caja de Seguro Social
Jesica Candanedo	MINSA
Marisín Pecchio	INDICASAT AIP
Mairim Solís	ICGES
Lynn Marie Chambonnet	SENACYT
Aida Libia Moreno de Rivera	ABIOPAN
Fernando Díaz	Hospitales Privados

La aprobación está sujeta al cumplimiento de las siguientes responsabilidades del Investigador Principal,
quien deberá velar y garantizar su cumplimiento durante el desarrollo del estudio en el sitio de
investigación a su cargo:

- *Conducir la investigación de acuerdo al protocolo aprobado.*
- *Conducir la investigación en observancia a las Buenas Prácticas Clínicas, regulaciones locales e internacionales aplicables.*
- *Conducir la investigación en observancia a los acuerdos y condiciones establecidas durante el proceso de revisión y aprobación.*
- *Delegar las funciones del estudio a personal calificado, con la experiencia y educación que respalden su capacidad para desempeñar las funciones delegadas.*
- *Desarrollar y supervisar personalmente la investigación.*

CNBI COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN PANAMÁ	Comité Nacional de Bioética de la Investigación de Panamá Plantilla de Trabajo
Código del PT: PT-023	Título: Aprobación de Protocolo
Versión: 1.3	Fecha: Agosto 2018

- *Obtener aprobación del CNBI previo a incorporar cambios en el protocolo; exceptuando aquellos casos en que sea necesario para proteger la vida y seguridad del sujeto, estos casos deberán notificarse inmediatamente al CNBI.*
- *Obtener y documentar adecuadamente el consentimiento informado de cada sujeto participante o potencialmente participando, haciendo uso de las formas vigentes aprobadas por el CNBI.*
- *Reportar dentro de las 24 horas de conocimiento todo evento adverso serio ocurrido a los sujetos participantes en el sitio de investigación.*
- *Reportar dentro de 30 días toda información de seguridad recibida del patrocinador.*
- *Presentar oportunamente los reportes continuos y final del desarrollo de la investigación.*
- *Recibir y atender las visitas del CNBI al sitio de investigación cuando lo solicite.*
- *Atender los requerimientos del CNBI relacionados al desarrollo de la investigación u otros aplicables a la conducción de estudios clínicos en sitios de investigación.*

Por este medio se certifica que la información arriba descrita es fiel y verdadera según se refleja en los archivos y documentación del Comité Nacional de Ética de la Investigación de Panamá.


 Argentina Ying
 Presidenta del CNBI

III. CORRESPONDENCIA - ACUERDO DEL USO DE ESCALA CPDI POR AUTORES

 Gmail Ana Karina Bacil <anakbacil@gmail.com>

Request for Authorization to Review the CPDI for Doctorate Degree
3 mensajes

Ana Karina Bacil <anakbacil@gmail.com>
Para: jianyin_qiu@163.com 2 de junio de 2020, 22:54

Dear Dr Jianyin Qiu,

I am very pleased to greet you. My name is Ana Karina Bacil, I am a psychologist and psychoanalytic psychotherapist. I reside in Panama, at the moment I am working on my preliminary thesis project for my Doctorate Degree in Clinical Psychology at the Santa María La Antigua Catholic University in Panama.

I am interested in investigating the Psychological Impact on Healthcare Personnel who are working on the Front Line of the COVID 19 Pandemic. After reading several international investigations to define the most appropriate evaluation scale, I found the one of their authorship: the COVID-19 Peritraumatic Distress Index (CPDI)

I would like to be able to review the instrument, know the method of application and scoring, with your authorization. Initially, I contacted Dr. Bruno Pedraz, from the team of researchers in Peru, since I am interested in being able to use the Instrument in Spanish, he has kindly provided me with his email, so that I can contact him and request his authorization to use the Scale.

I appreciate your attention and guidance

Best regards,

Ana Karina Bacil.

仇剑焱 <jianyin_qiu@163.com> 7 de junio de 2020, 6:55
Para: Ana Karina Bacil <anakbacil@gmail.com>

Dear Ana,

Definitely you can use CPDI. Looking forward to sharing the results of your study. By the way, i am a psychiatrist and also a psychoanalyst.

Cheers!

Jianyin Qiu
[El texto citado está oculto]

Ana Karina Bacil <anakbacil@gmail.com>
Para: 仇剑焱 <jianyin_qiu@163.com> 8 de junio de 2020, 11:24

Teléfonos: (507) 230 8200 / 230 8300
www.usma.ac.pa

Apartado Postal 0819-08550
Panamá, Rep. de Panamá



Universidad Católica Santa María La Antigua

Panamá, 12 de julio de 2020.

Doctor

Bruno Pedraz Petrozzi MD
Center for Cognitive Neurosciences at the Center of Psychiatry
Klinikstrasse 36
D- 35392 Giessen
Alemania

Estimado Dr. Pedraz:

Reciba un cordial saludo a la vez que le presento a la Psicóloga Ana Karina Bacil quien es candidata doctoral por la Universidad Santa María la Antigua de Panamá, en el programa de Doctorado en Psicología Clínica y se encuentra actualmente en el proceso de su investigación de tesis, trabajando con su director-supervisor y un asesor metodológico.

El tema que ha elegido trata sobre el "Impacto psicológico en el personal de salud que ha estado atendiendo a pacientes durante la pandemia por COVID 19". Ella ha tenido conocimiento de la Escala usada para estudios similares, cuya autora es la Dra. Jianyin Qiu, (psiquiatra y psicoanalista de Shanghai) y de la traducción al castellano que hicieron de dicho instrumento un equipo de investigadores peruanos del cual usted forma parte.

La Psicóloga Bacil, está interesada en usar en su investigación de tesis la traducción de la Escala "COVID-19 Peri-traumatic distress index (CPDI)" y al solicitar la autorización para el uso de dicho instrumento y haber recibido el mismo, se compromete a manejarlo con todos los requerimientos bio-éticos que sustentan las investigaciones con seres humanos dentro del campo de la Psicología Clínica.

Agradezco la colaboración que puedan brindar a nuestra doctoranda y esperamos que podamos continuar en comunicación en otros temas de interés mutuo.

De usted atentamente,

Dra. Melva Palacios de Mon
Coordinadora del Doctorado en Psicología Clínica
mpalaciost@usma.com.pa

Doy mi consentimiento, estando de acuerdo a los estatutos declarados de esta carta:

Atte.

BRUNO PEDRAZ PETRÓZZI
MÉDICO CIRUJANO
CNP: 77313

IV. CORRESPONDENCIA CON ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERAS DE PANAMÁ

Panamá, 8 de octubre de 2020.

CARTA DE COMPROMISO

Lic. Ana Reyes de Serrano
Presidenta
Asociación Nacional de Enfermeras de Panamá

Respetada Lic. Reyes:

Sirva la presente para enviarle un cordial saludo y agradecerle la atención brindada a la nota de presentación del estudio: **"Impacto psicológico en el personal de enfermería y técnicos de la salud de Panamá por la Pandemia COVID-19"**.

Por este medio, yo, Ana Karina Bacil, investigadora principal del estudio me comprometo a que, una vez completada y sustentada mi tesis doctoral como producto de esta Investigación, enviaré un documento con los resultados y recomendaciones que deriven de la misma a la Asociación Nacional de Enfermeras de Panamá, así como también una copia de los artículos científicos que se redacten a partir de este estudio.

Quedo además a su disposición de cualquier apoyo en materia de Salud Mental que pueda brindarle a la ANEP.

Atentamente,



Ana Karina Bacil.

Psicóloga - Psicoterapeuta
CIP. 2146

V. ARTE – AFICHE DE PARTICIPACIÓN

INVESTIGACIÓN

IMPACTO PSICOLÓGICO EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y TÉCNICOS DE LA SALUD DE PANAMÁ POR LA PANDEMIA DE COVID-19

Si pertenece a un equipo de salud como: instrumentista quirúrgico, laboratorista, personal de enfermería, técnico en radiología, técnico en urgencias médicas y terapeuta respiratorio nos gustaría conocer su experiencia durante la Pandemia por COVID 19.

¿CÓMO PARTICIPAR?

 En el mensaje adjunto, haz click en el link para conocer los detalles.

Para más información:

-  ANA KARINA BACIL
-  investigacionipps@gmail.com
-  Cel. 6676-4571



Aprobado
Firma: 
Referencia: EC-CNBI-2020-08-87
Fecha: 25 de agosto de 2020

C	N	B	I
---	---	---	---

VI. CONSENTIMIENTO INFORMADO

"Impacto psicológico en el personal sanitario de Panamá por la Pandemia COVID-19 durante el año 2020"

Reciba un cordial saludo. Lo (a) invitamos a participar del estudio "Impacto psicológico en el personal sanitario de Panamá por la Pandemia COVID-19 durante el año 2020". Le agradecemos la atención que nos dedica en este momento y le pedimos que lea cuidadosamente la información que presentamos de manera que pueda decidir sobre su participación en el mismo.

HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

¿Cuál es el objetivo del Estudio?

Describir el impacto psicológico en el personal sanitario de Panamá por la Pandemia COVID-19. El impacto psicológico son los cambios que surgen en los afectos, comportamientos y pensamientos de las personas en respuesta a afrontar un evento estresor.

¿Quién puede participar en el estudio?

Toda persona que labore para el Sistema de Salud Público y/o Privado de la República de Panamá, que cuente con un mínimo de un año laborando en el mismo lugar de trabajo, ejerciendo como: asistente en enfermería, camillero (a), enfermero (a), fisioterapeuta, instrumentista quirúrgico, médico general, médico especialista, médico intensivista, paramédico, técnico en radiología, tecnólogo médico y terapeuta respiratorio.

¿Quién lleva a cabo este estudio?

Mi nombre es Ana Karina Bacil, soy psicóloga (CIP 2146) y como parte de mi tesis doctoral para el Programa de Psicología Clínica de la Universidad Católica Santa María La Antigua de Panamá, realice esta investigación, en colaboración con el Mgter. Sergio González Flores, psicólogo clínico (CIP 3933).

¿En qué consistirá su participación?

Esta investigación se realizará en dos etapas. La primera etapa consiste en completar el cuestionario (Google Form) que se presenta a continuación. Contiene cinco apartados con preguntas de selección múltiple. En el primer apartado deberá indicar los datos demográficos que son particulares para usted y a partir del segundo apartado se le formularán preguntas acerca de sus comportamientos,

ideas y sentimientos durante el último mes, que le tomarán aproximadamente de 10 a 15 minutos responderlos. Este cuestionario es anónimo.

La segunda etapa consiste en realizar una entrevista con la investigadora principal, de modo virtual de aproximadamente 40 minutos, en la cual usted puede narrar su experiencia laboral durante la Pandemia por COVID-19. Se grabará únicamente el audio de la entrevista, para el análisis posterior de la información.

Usted puede participar en la primera etapa (cuestionario) y/o segunda etapa (entrevista).

¿Qué pasa con la información que dará durante su participación?

Mantenemos un compromiso de confidencialidad con respecto a toda la información recibida, la cual será utilizada únicamente para los fines de esta investigación. Si decide participar de la entrevista es importante aclarar que en la transcripción posterior del audio no se incluirá su nombre, ni lugar de trabajo o cualquier otra información personal, todos los datos pasan por un proceso de anonimización y posterior a la transcripción las grabaciones serán eliminadas.

Toda la información registrada sólo podrá ser usada por la investigadora responsable y los miembros de su equipo de investigación. Asimismo, toda la información será guardada en una base de datos computacional con acceso restringido.

¿Qué riesgos existen al participar de esta investigación?

Su participación no implica riesgo físico o psicológico alguno, salvo la posibilidad de que pueda sentirse incómodo(a) al contestar algunas preguntas de los cuestionarios. Si usted lo necesita, puede contactarnos para pedir información sobre los servicios de apoyo psicológico disponible en Panamá y recursos adicionales para el Cuidado en Salud Mental durante la Pandemia por COVID-19.

¿Qué beneficios obtiene el participante del estudio?

Usted no recibirá beneficio directo por participar en este estudio científico. La información recogida, sin embargo, contribuye al avance de las Ciencias de la Salud en nuestro país. Además, podría sugerir estrategias para el cuidado integral del personal sanitario que sean acordes a las necesidades identificadas. Si usted lo desea, una vez se hagan las publicaciones del estudio, podemos hacerle llegar una copia de la publicación. Usted no recibirá ninguna compensación económica por su participación.

¿Es obligación que participe?

Usted no está obligado(a) de ninguna manera a participar en este estudio. Su participación es voluntaria, incluso podría renunciar después de aceptar.

¿Ha sido aprobado este estudio por un Comité de Bioética?

Este estudio cuenta con la aprobación del Comité Nacional de Bioética de la Investigación (CNBI) y se ajusta a las Normas de Buenas Práctica Clínicas, CIOMS 2016, la Declaración de Helsinki y a las regulaciones y la ley 84 de 14 de mayo de 2019, la ley 68 de 20 de noviembre de 2003 y la ley 81 de 2019 de Panamá.

¿A quién puede contactar para saber más de este estudio?

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede contactar a Ana Karina Bacil, al 6676-4571 o escribir a la dirección de correo investigacionipps@gmail.com. Si tiene alguna consulta o preocupación con respecto a sus derechos como participante de este estudio, puede contactar además al CNBI a través de su correo cnnbi.panama@senacyt.gob.pa

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Si acepta participar en este estudio, por favor complete y firme este formulario seleccionando las casillas a continuación. No tiene que participar en todas las partes del estudio, seleccione solo las de su preferencia.

- Confirmo que he recibido información sobre esta investigación y que he tenido oportunidad para pensar sobre dicha información.
- Entiendo que mi participación es voluntaria y que soy libre de abandonarlo en cualquier momento.
- Entiendo que mis datos serán conservados de manera confidencial.
- Acepto participar en el Cuestionario a continuación.
- Acepto que los investigadores del estudio me contacten para coordinar una entrevista de manera virtual con los datos que suministro a continuación (opcional)

Dirección de correo electrónico: _____ (opcional)

Teléfono para contacto vía Whatsapp: _____ (opcional)

- No acepto participar en el presente estudio.

VII. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

Características sociodemográficas y circunstanciales por Pandemia.

Gracias por aceptar participar en esta investigación. Para iniciar le agradecemos nos indique su **Edad** _____ (campo obligatorio) y la fecha de hoy (_____) A continuación se presentan preguntas de selección múltiple. Elija la opción que vaya acorde a su situación actual.

1. Género: • (Femenino) • (Masculino) • (Prefiere no contestar)
2. Reside en: • Área urbana • Área rural
 - Provincia de Bocas del Toro • Provincia de Coclé • Provincia de Colón • Provincia de Chiriquí
 - Provincia de Darién • Provincia de Herrera • Provincia de Los Santos
 - Provincia de Panamá • Provincia de Panamá Oeste • Provincia de Veraguas
 - Comarca de Emberá Wounaan • Comarca de Guna Yala • Comarca de Madugandí • Comarca de Ngäbe-Buglé • Comarca de Wargandí
3. Su nivel de escolaridad es: • Secundario completo • Estudios técnicos
 - Universitario completo • Con Especialidad • Con Subespecialidad
4. Su ocupación es: • asistente en enfermería • camillero (a) • enfermero (a)
 - fisioterapeuta • instrumentista quirúrgico • médico general • médico especialista • médico intensivista, • paramédico • técnico en radiología • tecnólogo médico • terapeuta respiratorio
5. Desde que inició la Pandemia en Panamá (marzo 2020 a la fecha), ¿considera que la cantidad de horas que trabaja por semana, en comparación con los meses anteriores ha cambiado?
 - Sí, trabajo _____ (0 - 20) horas menos por semana.
 - Sí, trabajo _____ (0 - 20) horas adicionales por semana
 - No ha cambiado, trabajo igual cantidad de horas por semana.
- Si desea puede agregar algún comentario a esta pregunta:

6. Cuántas horas por semana aproximadamente trabajó usted en el mes de julio del 2020?
 - 20 horas por semana •30 horas por semana •40 horas por semana
 - más de 40 horas por semana.
7. Su rol como personal de salud lo ubica como:
 - Personal de primera línea (Atiende a pacientes con la enfermedad de COVID19 o sus funciones implican alto riesgo de contaminación al virus SARS-CoV-2)

•Personal en segunda línea de atención (Sus funciones no incluyen atender a pacientes con la enfermedad de COVID19 o no está laborando en áreas con alto riesgo a exposición al virus de SARS-CoV-2)

8. Cuánto tiempo lleva laborando en su lugar de trabajo actual: _____ (Casilla que vaya de menos de un año a más de 30 años)

9. Padece usted de:

- Hipertensión arterial •Diabetes mellitus •EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)
- Tabaquismo •Trastorno mental diagnósticado •Enfermedad renal •Artritis Reumatoide
- Cáncer •Ninguno •Otro _____ (opcional)

10. Durante la pandemia:

- ¿Ha recibido apoyo emocional de profesionales de la salud mental? •SI •NO
¿Ha utilizado líneas de ayuda o programas de soporte emocional? •SI •NO

11. Actualmente reside: •Solo •Acompañado

Si es acompañado, indique las características del grupo:

- Vive en relación de pareja
 - Reside con usted un menor (es) de 5 años • Reside con usted un niño(s) entre 6- 13 años
 - Reside con usted un adolescente (s) • Reside con usted adulto(s) mayor(es)
 - Alguien en su grupo presenta factores de riesgo para COVID19: Hipertensión, Diabetes, Consumo de tabaco, EPOC, Enfermedad Cardiovascular, Inmunosupresión (por ejemplo, cáncer, lupus, etc.)
- SI •NO Cuál? _____ (opcional)
- Usted es la única persona laboralmente activa en su grupo? •SI •NO
- Otro(s) adulto(s) con quien(es) resido está(n) activo(s) laboralmente. •SI •NO

12. Como personal de salud, trabaja usted en: •Institución pública •Institución Privada •Ambas
•Prefiere no contestar

13. ¿Ha sido diagnosticado con COVID-19? (Opcional) •Sí •No

14. Para la recuperación por enfermedad de COVID19, estuvo usted en: (Opcional) •aislamiento domiciliario •hotel •hospitalizado •Unidad de Cuidados Intensivos

VIII. ESCALAS

CPDI (COVID-19 Peri-traumatic distress index)

Autores Originales: Jianyin Qiu, Bin Shen, Min Zhao, Zhen Wang, Bin Xie, Yifeng Xu

Autores de la traducción en castellano: Bruno Pedraz Petrozzi, Martín Arévalo Flores, Hever Krüger Malpartida, Victor Anculle Arauco.

¡No entre en pánico por el coronavirus! Mantenga siempre la calma. Hay que prestar atención a nuestra salud mental llenando encuestas, como el CPDI.

A continuación, usted recibirá una cierta cantidad de afirmaciones que deberá responder de la manera más sincera posible. Por favor seleccione la frecuencia de las actividades listadas durante la última semana.

¡Ahora hay que comenzar!

	Pregunta	Nunca	Ocasional	A veces	La mayor parte del tiempo	Seguido
1	Me siento más ansioso y nervioso que lo usual					
2	Me siento inseguro y he estado comprando muchas mascarillas, remedios, gel desinfectante, guantes y/u otros productos para la casa.					
3	No puedo dejar de imaginar que posiblemente mi familia o yo seamos infectados y me siento aterrador y ansioso al pensarlo.					
4	No importa lo que haga, me siento vacío e indefenso.					
5	Siento compasión por los pacientes con COVID-19 y sus familias. Me siento triste por ellos.					
6	Me siento impotente y enojado con la gente a mi alrededor, autoridades y los medios de comunicación					
7	Estoy perdiendo la fe en la gente de mi entorno.					
8	Estoy pendiente de la información sobre el COVID-19 todo el tiempo. Incluso si no es necesario. No puedo evitarlo.					
9	Creo en todas las fuentes con información sobre el COVID-19 sin evaluarlas previamente.					
10	Tiendo a creer en las noticias negativas sobre el COVID-19 y a tener una opinión más escéptica sobre las noticias buenas.					

11	Estoy constantemente compartiendo noticias sobre el COVID-19 (mayormente noticias negativas).					
12	Evito ver noticias sobre el COVID-19 por el miedo que me genera.					
13	Me siento más irritable y estoy teniendo conflictos frecuentes con mi familia.					
14	Me siento cansado y a veces hasta totalmente sin fuerzas.					
15	Debido a la ansiedad, mis reacciones se están volviendo más lentas.					
16	Me es difícil concentrarme.					
17	Me es difícil tomar decisiones.					
18	Durante este periodo de COVID-19, suelo sentirme mareado o tengo dolor de espalda y/o molestias en el pecho.					
19	Durante este periodo de COVID-19, suelo tener dolor de estomago, hinchazón y otras molestias estomacales.					
20	Me siento incómodo al comunicarme con otras personas.					
21	Estoy hablando menos con mi familia.					
22	No puedo dormir bien. Sueño que mi familia o yo estamos infectados con el COVID-19.					
23	He perdido el apetito.					
24	Tengo estreñimiento o ganas de orinar muy seguido.					

ESCALA COPE-28

Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés.

Seleccione 0, 1, 2 ó 3 en la casilla a la derecha, de acuerdo con el número que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a la situación actual por Pandemia.

0 = Nunca hago esto

2 = Hago esto un poco

3 = Hago esto con cierta frecuencia

4 = Hago esto con mucha frecuencia

1. ____ Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.
2. ____ Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.
3. ____ Acepto la realidad de lo que ha sucedido.
4. ____ Recurro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.
5. ____ Me digo a mí mismo "esto no es real".
6. ____ Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.
7. ____ Hago bromas sobre ello.
8. ____ Me critico a mí mismo.
9. ____ Consigo apoyo emocional de otros.
10. ____ Tomo medidas para intentar que la situación mejore.
11. ____ Renuncio a intentar ocuparme de ello.
12. ____ Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.
13. ____ Me niego a creer que haya sucedido.
14. ____ Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.
15. ____ Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.
16. ____ Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.
17. ____ Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.
18. ____ Busco algo bueno en lo que está sucediendo.
19. ____ Me río de la situación.
20. ____ Rezo o medito.
21. ____ Aprendo a vivir con ello.
22. ____ Hago algo para pensar menos en ello, tal como ver la televisión.

23. ____ Expreso mis sentimientos negativos.
24. ____ Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.
25. ____ Renuncio al intento de hacer frente al problema.
26. ____ Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.
27. ____ Me echo la culpa de lo que ha sucedido.
28. ____ Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.

DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y haga click sobre el número (0, 1, 2, 3) que indica con cuánto usted se identifica con esta afirmación *durante la semana pasada*. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar.

La escala de calificación es la siguiente:

- 0 No me identifico
- 1 Me identifico un poco, o durante parte del tiempo
- 2 Me identifico bastante, o durante una buena parte del tiempo
- 3 Me identifico mucho, o la mayor parte del tiempo

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Me costó mucho relajarme | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Me di cuenta que tenía la boca seca | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. No podía sentir ningún sentimiento positivo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Se me hizo difícil respirar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Sentí que mis manos temblaban | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Senti que tenía muchos nervios | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Senti que no tenía nada por que vivir | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Noté que me agitaba | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Se me hizo difícil relajarme | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Me sentí triste y deprimido | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Senti que estaba al punto de pánico | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. No me pude entusiasmar por nada | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Senti que valía muy poco como persona | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Senti que estaba muy irritable | 0 | 1 | 2 | 3 |

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 19. Senti los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Tuve miedo sin razón | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Senti que la vida no tenía ningún sentido | 0 | 1 | 2 | 3 |

ESCALA ATHENS DE INSOMNIO

Esta escala intenta recoger tu propia evaluación de cualquier dificultad para dormir que puedas haber experimentado. Por favor comprueba (realizando un círculo en el número correcto) los siguientes apartados más abajo para estimar cualquier dificultad que puedas padecer, siempre y cuando ocurran al menos tres veces por semana durante el último mes.

1. INDUCCIÓN AL SUEÑO (el tiempo que te lleva dormirte desde que apagas la luz)

0	1	2	3
No tengo ningún problema	Un poco de retraso	Tardo bastante	Muy retrasado o no duermo nada

2. DESPERTARES DURANTE LA NOCHE

0	1	2	3
No tengo ningún problema	Problema menor	Un problema considerable	Un serio problema o no duermo nada

3. ME DESPIERTO FINALMENTE ANTES DE LO QUE ME GUSTARÍA

0	1	2	3
No antes	Un poco antes	Bastante antes	Mucho antes o no duermo nada

4. DURACIÓN TOTAL DE SUEÑO

0	1	2	3
Suficiente	Ligeramente insuficiente	Marcadamente insuficiente	Muy insuficiente o no duermo nada

5. CALIDAD DEL SUEÑO EN GLOBAL (No importa durante cuánto tiempo hayas dormido)

0	1	2	3
Satisfactorio	Ligeramente insatisfactorio	Marcadamente insatisfactorio	Muy insatisfactorio o no duermo nada

6. BIENESTAR DURANTE EL DÍA

0	1	2	3
Normal	Ligeramente disminuido	Marcadamente disminuido	Muy disminuido

7. FUNCIONAMIENTO (FÍSICO Y MENTAL) DURANTE EL DÍA

0	1	2	3
Normal	Ligeramente disminuido	Marcadamente disminuido	Muy disminuido

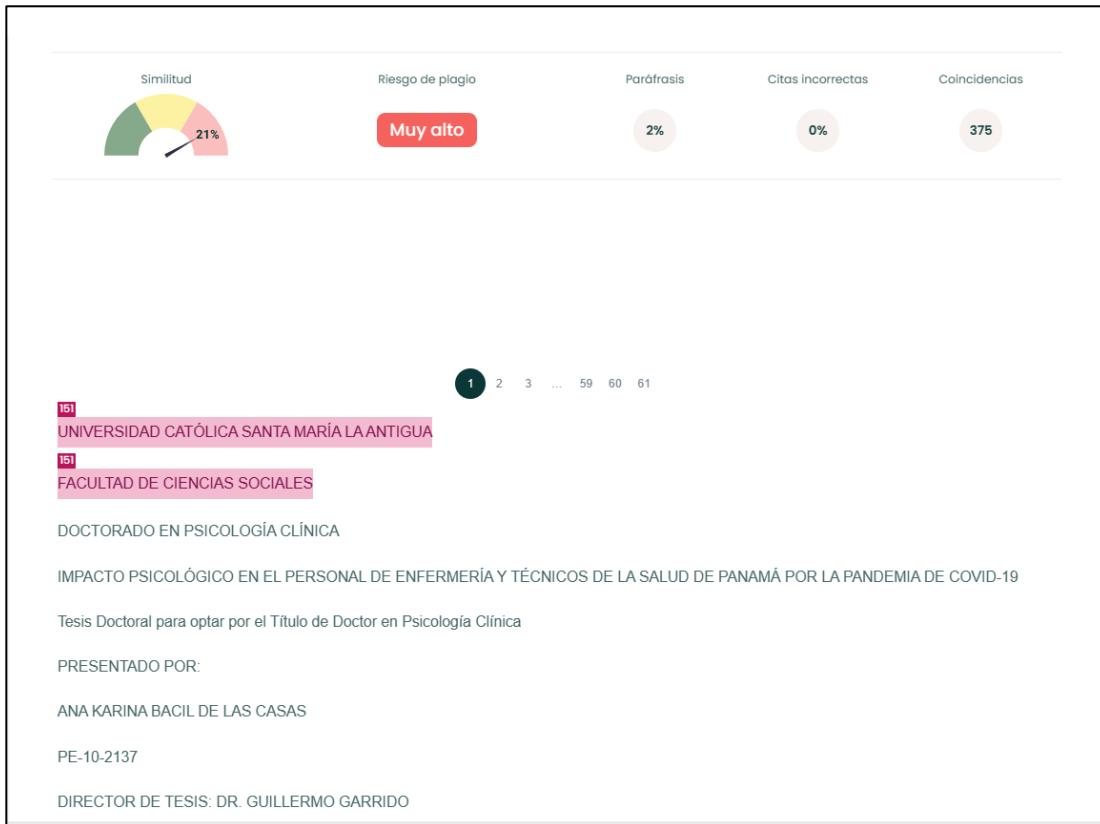
8. SOMNOLENCIA DURANTE EL DÍA

0	1	2	3
Nada	Leve	Considerable	Intensa

IX. POSTER DE PARTICIPACIÓN APANAC



X. ANTIPLAGIO



XI. CERTIFICADO DE REVISIÓN PROFESOR ESPAÑOL

TG

YO, TOMÁS GABRIEL GONZÁLEZ LASSO,

en mi calidad de Doctor en Filología hispánica,
Licenciado con Especialización en Español y Profesor de
Español, con Títulos expedidos por la Universidad
Complutense de Madrid, España y por la Universidad de
Panamá, respectivamente, reconocidos oficialmente por
el Ministerio de Educación de la República de Panamá

CERTÍFICO: que he leído, revisado y corregido los
aspectos idiomáticos de la lengua española en el trabajo

escrito titulado:

IMPACTO PSICOLÓGICO
EN EL
PERSONAL DE ENFERMERIA
Y
TÉCNICOS DE LA SALUD DE
PANAMÁ POR LA PANDEMIA DE COVID19

por: ANA KARINA BACIL DE LAS CASAS

Panamá, 15 de abril de 2024

D.I.P. 8378-862 CÓD. ID.: 6997

Solamente la firma original y/o el sello en tinta azul, más la huella digital entintada
sobre esta certificación garantizan la autenticidad de este documento y sus adjuntos.

Por favor, exija verlos. Compruebe en el teléfono celular número: 66544192.

Dr. Tomás Gabriel González