



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSGRADOS
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**



“Efectos provocados en la salud mental del personal de salud involucrado en atención directa al paciente en la pandemia por COVID-19.”

Presentado por:

Dra. Ana Mercedes López Cartagena

Dr. Diego José Miguel Serrano Salazar

Para optar al Grado de

Maestro en Salud Pública

Asesora:

Msp-MIC Margarita Elizabeth García González

SAN SALVADOR, 17 DE JULIO 2021

AUTORIDADES

Rector

MSc. Roger Armando Arias Alvarado

Vicerrector Académico

PhD. Raúl Ernesto Azcúnaga López

Vicerrector Administrativo

Ing. Juan Rosa Quintanilla

Autoridades de la Facultad de Medicina

Decana

Msc. Josefina Sibrian de Rodríguez

Vicedecano

Dr. Saúl Díaz Peña

Escuela de Posgrado

Director

Dr. Edwar Alexander Herrera Rodríguez

Jefa del Programa de Maestrías

Licda. Msp. Lastenia Dálide Ramos de Linares

AGRADECIMIENTOS

A DIOS: Por darme la sabiduría para concluir este proyecto, por las oportunidades y personas que puso en mi camino para culminar las metas propuestas, por las bendiciones que me ha dado para llegar a este momento tan importante de mi vida.

A MI ESPOSO: Por su paciencia y apoyo incondicional a cada instante para lograr cumplir esta meta, por incentivar me a seguir adelante y a lograr los proyectos propuestos.

A MI HIJO: Por ser mi motor y la fuerza que me impulsa a ser mejor, a realizarme como profesional y como persona, sobre todo por ser mi inspiración para salir adelante pese a cualquier obstáculo.

A MIS PADRES: Por apoyarme y sobre todo por impulsarme a ser mejor persona y profesional; por sus palabras de aliento en los momentos duros de esta etapa, por creer en mí y darme la fuerza para seguir, para no quedarme estancada y para escalar logrando mis sueños siempre teniendo de la mano los valores inculcados en pro de los demás.

A MI AMIGO INCONDICIONAL: Con quien iniciamos y finalizamos este proyecto, por ser un gran apoyo en todo momento y ayudarme a concluir esta meta a pesar de las dificultades encontradas, por sus palabras de aliento en el momento preciso.

COMPAÑEROS: Por su amistad, su compañía y apoyo para no rendirnos, esa fortaleza que se encuentra solo desde el punto de vista individual y sobre todo desde la experiencia de cada uno.

Ana Cartagena

A MI FAMILIA: Por hacer día a día que la vida académica y del hogar valga la pena, por ir mucho más allá de lo esperable y exigible, por apoyarme a cada paso del camino, como pocas veces se ha visto o volverá a verse en esta tierra.

A MI PROMETIDA: Por cada sonrisa, por cada palabra de apoyo y por ese amor que va mucho más allá de un sentimiento, por su solidaridad, su empatía y su paso firme por el mundo.

A MIS AMISTADES: Por cada gesto que me han brindado desde el momento en que la vida nos hizo hermanos, indiscutibles e inquebrantables.

A MIS SERES AMADOS: Que lo hacen todo posible.

Diego Serrano

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I	9
1.1 Planteamiento del problema: Situación problemática y enunciado del problema....	9
1.2 Objetivos.....	15
<i>Objetivo General:</i>	15
<i>Objetivos Específicos:</i>	15
CAPÍTULO II.....	16
2.1. Marco teórico	16
Generalidades sobre COVID-19	16
Salud Mental y COVID-19.....	32
2.2. Estado del arte	36
CAPÍTULO III	43
3.1. Operacionalización de Variables	43
CAPÍTULO IV	44
4.1 Metodología.....	44
4.2 Método de investigación.....	44
4.3 Tipo de estudio	44
4.4 Método y técnicas para la recolección de datos	44
<i>Estrategia</i>	44
4.5 Etapas de la estrategia de búsqueda de revisión sistemática:	45
4.6 Instrumentos de recolección	48
4.7 Plan de tabulación de la información	49
4.8 Plan de análisis de resultados	50
4.6 Consideraciones éticas.....	50
CAPÍTULO V	52
5.1 Resultados.....	52
5.2 Discusión de resultados	52
CAPÍTULO VI	59
6.1 Conclusiones.....	59
6.2 Recomendaciones	60
Fuentes de información	61
ANEXOS	65

RESUMEN

La situación sanitaria provocada a nivel mundial por la enfermedad por COVID-19 representó desde sus inicios un reto sin precedentes en el sistema mundial de salud, provocando desgaste físico y mental en diversos usuarios y trabajadores del mismo.

En este contexto se vuelve prioritario investigar los efectos provocados en la salud mental del personal sanitario involucrado en la atención del paciente con COVID-19, durante el año 2020; el presente estudio corresponde a una síntesis de evidencia, utilizando la metodología de Revisión Sistemática, para lo cual se identificaron artículos a través de diferentes motores de búsqueda : Epistemonikos, Pubmed, LILACS, BRISA-RedETSA, con el fin de identificar los principales problemas de salud mental del personal sanitario para esto, se realizó una búsqueda que incluyera diferentes términos relacionados al tema.

Como resultado, se obtuvieron 824 artículos, de los cuales, tras su revisión y eliminación de duplicados se obtuvo un número de 702; tras su lectura crítica y análisis, se contó con 17 artículos que cumplían con los criterios necesarios. Se identificaron como principales reacciones emocionales la ansiedad y depresión, junto con otros en menor escala, como el insomnio y el trastorno de estrés postraumático, asimismo, se identificaron como principales factores de riesgo el sexo femenino, el menor nivel académico y la falta de una red de apoyo social y familiar. Estos factores generan situaciones de mala adaptación al estrés, pobre desempeño y toma de decisiones clínicas, así como tienden a perpetuarse en el tiempo.

Tras determinar estos factores de alteración en su salud mental, y con el fin de definir una propuesta técnica para el manejo de la salud mental del personal de salud en el país, a partir de la síntesis de la evidencia, se procedió a construir un resumen crítico y reproducible de los resultados de publicaciones disponibles acerca del tema, no solo como una mera imagen estática de la mencionada situación epidemiológica, sino como un insumo de base para el futuro planteamiento de esfuerzos para mejorar uno de los aspectos más abandonados por el sistema de salud.

PALABRAS CLAVE: Pandemia, epidemia, COVID-19, salud mental, personal de salud, personal médico, enfermería, personal sanitario, estrés, ansiedad.

INTRODUCCIÓN

A nivel internacional, el mundo moderno suele permanecer en un estado de equilibrio semi-constante de poder, con diversas manifestaciones a nivel político, económico y cultural. A pesar de múltiples esfuerzos por parte de organizaciones transnacionales orientadas a la búsqueda de la igualdad de tipo sanitaria y social, existen aún diversos retos en el objetivo de disminuir las disparidades entre diversos Estados. En este contexto, las principales alteraciones en la vida política y mediática internacional solían enmarcarse en aspectos propios de carreras armamentísticas, desarrollo tecnológico, competencia económica, exposición cultural, turismo y otros, bajo el supuesto —cada vez mayor en los últimos años— de la interconectividad social, cuyo desarrollo ha sido especialmente notable a través de las redes sociales, a partir de la última década. El apareamiento de un evento masivo, una epidemia por SARS-CoV-2; capaz de afectar múltiples esferas de la vida común, marcó el inicio del año 2020, con el correspondiente cierre casi inmediato de la actividad económica, así como con un número significativo de pacientes afectados por una patología potencialmente mortal. Este hecho implicó una necesidad de adaptarse a nuevas realidades clínicas desde la esfera gubernamental, internacional y de salud pública, con una notable carga sobre los sistemas de salud.

Como consecuencia, el personal de salud debió adaptarse rápidamente a un incremento súbito de la actividad laboral, lo que a corto plazo generó abundantes respuestas de adaptación al stress, que por oportunidad académica y sistemática ameritaron ser analizadas, dada la situación entonces incierta de un control total sobre la pandemia y la necesidad de fortalecer la salud mental del personal a cargo de enfrentarla de forma diaria.

En el marco de este esfuerzo se desarrolló la presente investigación para conocer los efectos provocados en la salud mental del personal de salud involucrado en atención directa al paciente en la pandemia por COVID-19, durante el año 2020, con el objetivo de evaluar estos efectos, identificando las principales reacciones emocionales, los factores que alteran la salud mental del personal de salud en atención de primera línea en la pandemia por COVID-19, y aportar una propuesta que tenga como último fin la intervención en estos efectos para mejorar las condiciones de salud mental del personal sanitario.

Bajo la metodología de Revisión Sistemática, se identificaron estudios primarios realizados sobre el problema investigado, analizando la relación entre puntos clave de involucramiento de personal de salud y su estabilidad emocional en el contexto de la pandemia, se realizó lectura crítica de los mismos para identificar las principales reacciones emocionales frente al cambio de rutina clínica diaria en el personal de salud y así determinar los principales factores de alteración en su salud mental, esto con el fin de definir una propuesta técnica para el manejo de la salud mental del personal de salud en nuestro país.

CAPÍTULO I

1.1 Planteamiento del problema: Situación problemática y enunciado del problema

¿Qué efectos se han provocado en la salud mental del personal de salud involucrado en la atención directa al paciente la pandemia por COVID-19, año 2020?

Previo a la aparición de diversas patologías, el mundo moderno se encontraba de manera rutinaria acostumbrado a cierto modo de proceder, a un particular estado de hacer las cosas y manejar los asuntos internacionales, que a pesar de representar desequilibrios en las relaciones entre diversos países, tendían a perpetuarse en las esferas económicas, sociales y políticas.

El Director General de la Salud (OMS), el doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus, anunció el 11 de marzo de 2020 que la nueva enfermedad por COVID-19 podía caracterizarse como una pandemia. Esta denominación de pandemia significaba que la epidemia se había extendido por varios países, afectando a un gran número de personas¹.

Esta enfermedad, de rápida aparición, alta infectividad y súbito incremento de casos, se planteó como un reto que debía ser afrontado de manera inmediata y efectiva, por sistemas de salud no siempre preparados para una tarea de tal magnitud, especialmente a nivel de Latinoamérica, donde se hacía evidente la necesidad de un abordaje integral, por el impacto que el COVID-19 produjo en la salud física y mental, así como su impacto social y económico. La primera de estas alteraciones se hizo evidente en la documentación de cuadros clínicos graves, en muchos casos críticos y con desenlace fatal, en poblaciones vulnerables cuyas características habían venido variando desde el inicio de la alerta sanitaria, tomando en cuenta desde cualidades meramente biológicas hasta otras de índole socio-cultural². A

¹ La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia. (2020). Recuperado 9 de junio de 2020, de Organización Panamericana de la Salud. Argentina website: https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10436:la-oms-caracteriza-a-covid-19-como-una-pandemia&Itemid=226

² COVID-19 y vulnerabilidad: Una mirada desde la pobreza multidimensional en El Salvador (pp. 4-5). (2020). San Salvador: Metzi Rosales Martel. Recuperado de https://www.undp.org/content/dam/el_salvador/docs/povred/Covid19%20y%20vulnerabilidad%20-Final.pdf

nivel mental la pandemia supuso cuotas adicionales de stress para usuarios y prestadores de servicios de salud, y finalmente, en los frentes sociocultural y económico implicó la adopción de medidas de cuarentena, desaceleración de actividades comerciales tradicionales, transformación de procesos analógicos a digitales desde el hogar, y aislamiento social³, lo que a su vez reforzó las condiciones negativas experimentadas en salud mental y física de diferentes grupos humanos.

Asimismo, esta pandemia ha representado un reto importante a nivel mundial, desde los rumores de su aparición, hasta el momento en que su desarrollo se manifestó de forma concreta y significativa en los sistemas de salud a nivel mundial; contando con múltiples manifestaciones clínicas, que incluyen: fiebre, tos seca, congestión nasal, odinofagia, disnea, pérdida del olfato y del gusto; posteriormente, se identificaría una serie de manifestaciones atípicas, que incluyen pero no se limitan a problemas de tipo psicológico y psiquiátrico, lesiones pulmonares sub-agudas y crónicas, fallas en la movilidad y otros aspectos más insidiosos; la enfermedad por COVID-19 es incluso una enfermedad que puede presentarse asintomática, pero que de igual manera ha demostrado ser mortal aún de manera silenciosa; estas características ocasionaron un gasto incrementado de recursos sanitarios y diagnósticos, mayor demanda de personal de salud, equipos e insumos, infraestructura, camas hospitalarias, ventiladores, entre otros, enmarcadas todas estas necesidades en un sistema de salud desigual, propio de economías de bajos ingresos⁴.

Desde el inicio de la pandemia, el personal de salud de primera línea enfrentó la certeza casi completa de verse expuesto ante el riesgo de contagio, teniendo que afrontarla en sus momentos iniciales con insumos físicos y farmacológicos insuficientes, y la información que se recibía de las experiencias de países de Norteamérica, Asia y Europa: para el caso, “En España, el número de casos positivos con COVID-19 crecieron exponencialmente, siendo el segundo país con mayor número de casos de Europa solo por detrás de Italia, repartidos en

³ Beker V. El impacto del Covid-19 en la economía global. CENE - Centro de Estudios de la Nueva Economía [Internet]. 2020 [citado 17 junio 2020]; 191:2. Disponible en: <http://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/8929>

⁴ Munevar D. COVID-19, deuda pública y sistemas de salud en el sur global [Internet]. European Network On Debt And Development. 2020 [citado 9 junio 2020]. Disponible en: https://eurodad.org/covid19_deuda1

todas las comunidades autónomas⁵”. Mientras que a nivel centroamericano, para mediados del mes de junio, los casos se manejaban en un número de 45,531 contagios con un aproximado de 1,255 fallecidos, mientras que en El Salvador los casos de contagios al 4 de julio eran de 3,720 con 74 fallecidos⁶.

Estas tensiones globales tienden, aún a la fecha, a ser abrumadoras, capaces de acaparar espacios en grandes titulares a nivel radial, televisivo y de prensa escrita, con la consiguiente influencia que tales actitudes han tenido sobre diferentes países, desde el inicio de la actividad sanitaria internacional tras la declaración de múltiples alertas⁷.

A nivel nacional, según cifras no oficiales, entre prestadores de salud, militares, agentes de la policía y otros, el número de servidores públicos afectados por COVID-19 llegó a superar los 2,000 casos positivos hacia finales de año, a pesar de las cifras oficiales. Asimismo, en el Hospital Nacional Rosales, uno de los centros iniciales claves en el tratamiento de la enfermedad, se contabilizaban más de 50 profesionales fallecidos, entre médicos, enfermeras y personal paramédico⁸.

Añadido a esto, fue significativa la difusión de noticias inexactas, falsas y medias verdades a través de redes sociales, campos ya explorados con anterioridad por instituciones internacionales, que habían reconocido —antes y durante la pandemia— la capacidad de afectar mentalmente de forma negativa a diversas poblaciones⁹.

⁵ Espinosa E. Marco Ético Pandemia COVID-19. [Internet]. 2020 [citado 28 junio 2020]; Disponible en: http://umucebes.es/wp-content/uploads/2020/03/Marco_etico_coronavirus.pdf

⁶ Coronavirus en Centroamérica: récord de casos y muertes en una semana [Internet]. Forbes Centroamérica. 2020 [citado 17 julio 2020]. Disponible en: <https://forbescentroamerica.com/2020/06/14/coronavirus-en-centroamerica-record-de-casos-y-muertes-en-una-semana/>

⁷ La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia [Internet]. Organización Panamericana de la Salud - Argentina. 2020 [citado 9 junio 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10436:la-oms-caracteriza-a-covid-19-como-una-pandemia&Itemid=226

⁸ Hernández E. Más de 2,000 empleados de gobierno infectados de COVID-19. Estas son las instituciones con casos [Internet]. El Diario de Hoy. Noticias de El Salvador. 2020 [citado 17 julio 2020]. Disponible en: <https://www.elsalvador.com/eldiariodehoy/empleados-gobierno-infectados-covid-19/725246/2020/>

⁹ Las noticias falsas aumentan la ansiedad y el miedo en las personas [Internet]. Noticias de El Salvador. 2020 [citado 17 julio 2020]. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/cultura/gente/coronavirus-impacto-de-las-noticias-falsas-en-la-salud-mental-475424>

Reconocer la importancia de llevar a cabo una investigación enfocada en la salud mental del personal de salud en el contexto de la pandemia surgió con el propósito de evaluar los efectos provocados en la salud mental del personal de salud involucrado en la atención directa al paciente en la pandemia por COVID-19, año 2020. Asimismo, debió plantearse tempranamente la necesidad de desarrollar estrategias que permitieran disminuir los efectos negativos en este personal de primera línea frente a una crisis sanitaria que aún está lejos de ser controlada, y que le ha afectado directamente en aspectos tan emocionalmente íntimos como el temor a contagiarse, a contagiar a la familia, y a la pérdida de la vida, incluyendo a su vez el aspecto de ser potenciales originadores de enfermedad más allá del campo estrictamente profesional.

La situación de emergencia, como consecuencia de la pandemia por COVID-19, ocasionó impactos sin precedentes a nivel mundial en múltiples ámbitos. Los nuevos desafíos clínicos, la tendencia de baja mortalidad estadística, pero alta infectividad clínica, la falta notoria de insumos, entre otros, inevitablemente produjeron sentimientos de inseguridad, impotencia, ansiedad preocupación y, en definitiva, un malestar derivado de la necesidad de adaptación a una “nueva normalidad”, cuyo final no resultaba evidente entonces, o ahora. El personal de salud de los servicios esenciales, debido a su estrecho contacto con pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19, ha estado en especial riesgo de experimentar estas emociones y de encontrarse en situación de sobrecarga tanto en el trabajo —donde ya existían previamente una miríada de situaciones problemáticas sin resolver— como al volver al hogar, donde la cotidianidad cambió como parte de las medidas de distanciamiento social, cuarentena y hasta de identificación de los miembros del grupo social y familiar con mayor vulnerabilidad y riesgo de muerte.

Este personal de salud, directamente implicado en la atención de pacientes, vio crecer progresivamente el número de consultas en las salas de emergencia, sumadas dichas consultas a cuadros de patologías crónicas que de forma previa hundían profundamente sus raíces en patrones culturales y de hábitos difíciles de modificar. Este incremento de consulta médico-hospitalaria, la facilidad de contagio y otros motivos inherentes al desempeño regular de los prestadores de servicios dentro de un sistema sobrecargado, ha generado constantemente situaciones de stress que impactan en la salud mental del personal,

directamente enfrentado a una patología que —entonces y ahora—no se encontraba totalmente descifrada en razón de su tratamiento óptimo, vacunación, progresión esperada y otros.

En nuestro país no se identificaron antecedentes de estudios realizados sobre el problema de estudio de la presente investigación. Por ello, el presente estudio evaluó los efectos generados por la pandemia en torno a la salud mental del personal de salud, describiendo la importancia de crear protocolos que generasen confianza en el personal directamente relacionado en la atención de pacientes con COVID-19. Así como una propuesta de intervención para apoyar la salud mental del personal de salud en primera línea de atención a la COVID-19

A nivel de atención en salud mental, la República de El Salvador no ha contado con manejos óptimos de la población a su cargo ni del personal que la atiende, situación reconocida a nivel ministerial y con compromiso de cambio desde hace unos años. “De los gastos de salud solo el 1% está destinado a salud mental y, de esto el 92% está destinado a gastos de los hospitales psiquiátricos”¹⁰. A esta débil atención en salud mental se añadía el contexto de la pandemia del COVID-19, junto con la existencia de problemas crónicos del Sistema Nacional de Salud (SNS), en el que son evidentes dolencias como la falta de preparación, escasez de equipos de protección personal, variabilidad habitual de programación de jornadas laborales por motivos de demanda incrementada, así como de personal de salud previamente afectado y obligado a guardar cuarentena, a la vez fue notorio lo complicado de la formulación de normativas, planes de trabajo y directrices a nivel regional y nacional, donde los potenciales tratamientos farmacológicos, medidas de soporte y hasta patrones de tratamiento y clasificación iban transformándose a medida que la historia natural de la enfermedad se estudiaba. “La pandemia por SARS-CoV-2 se presenta en un escenario teñido de incertidumbre, en el que las recomendaciones actuales sobre tratamiento de los cuadros sintomáticos son muy

¹⁰ Política Nacional de Salud Mental. San Salvador, El Salvador: Ministerio de Salud; 2018.

heterogéneas, y la gran mayoría de las guías no recomiendan un tratamiento farmacológico específico”¹¹.

Este rápido cambio del escenario de prestación de servicios de salud implicaba la necesidad de revisión obligatoria a las condiciones en la que dichos servicios se desarrollaban; la calidad de auto-cuidado y estado de ánimo del personal influían directamente sobre la salud mental de los trabajadores sanitarios, indispensables para brindar una atención basada en evidencias y dirigida acertadamente por normativas actualizadas; fue en este contexto que la presente investigación tuvo como propósito identificar las principales consecuencias emocionales del personal de salud que se encontraba bajo la máxima presión psicológica y laboral dentro de los servicios esenciales, así como definir una posible propuesta de intervención que aportara a fortalecer la salud mental del personal de salud involucrado en la atención directa de pacientes COVID-19 en primera instancia y posteriormente en evaluar la aplicación práctica de cambios que pudieran ser viables para la atención en salud mental de todo el personal sanitario como parte del apoyo ocupacional a nivel de las instituciones donde éste se desempeñaba. Por tal razón se plantearon inicialmente las preguntas guía de la investigación: **¿Qué efectos se han provocado en la salud mental del personal de salud involucrado en la atención directa al paciente la pandemia por COVID-19, año 2020? ¿Cuáles fueron las principales reacciones emocionales frente al cambio de la rutina clínica diaria del personal de salud involucrado en la atención directa de pacientes?, ¿Cuáles fueron los principales factores de alteración en la salud mental presentes en el personal de salud, ante el seguimiento clínico y tratamiento de los pacientes con diagnóstico presuntivo y confirmado de COVID-19? y finalmente ¿Cómo puede definirse una propuesta técnica para el manejo de la salud mental del personal sanitario?**

¹¹ Pisula P. Nuevas guías internacionales basadas en la evidencia para el tratamiento de pacientes con COVID-19 [Internet]. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud; 2020 [citado 22 junio 2020]. Disponible en: <http://evidencia.org/index.php/Evidencia/article/view/6859>

1.2 Objetivos

Objetivo General:

Evaluar los efectos provocados en la salud mental del personal de salud involucrado en la atención directa al paciente en la pandemia por COVID-19, año 2020.

Objetivos Específicos:

- Identificar las principales reacciones emocionales frente al cambio de la rutina clínica diaria del personal de salud involucrado en la atención directa de pacientes.
- Determinar los principales factores de alteración en la salud mental presentes en el personal de salud, ante el seguimiento clínico y tratamiento de los pacientes con diagnóstico presuntivo y confirmado de COVID-19.
- Definir una propuesta técnica para el manejo de la salud mental del personal sanitario.

CAPÍTULO II

2.1. Marco teórico

Generalidades sobre COVID-19

A inicios del año 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconocería el cuadro clínico provocado por el agente causal viral SARS-CoV-2 como de importancia epidemiológica, afección normalmente reconocida como *nuevo coronavirus*¹². La epidemia de COVID-19 (*Coronavirus Disease 19*, por su acrónimo en inglés) fue declarada por la OMS una emergencia de salud pública de preocupación internacional el día 30 de enero de 2020.

Los coronavirus son una familia viral especialmente importante, implicada de forma directa en la transmisión y evolución de una serie de enfermedades contagiosas de diversos tipos en huéspedes humanos y animales. Las enfermedades más comunes provocadas por este grupo incluyen patologías respiratorias de diversa índole e intensidad; presentando algunas de sus manifestaciones clínicas más importantes como cuadros que van desde el catarro común, hasta síndromes capaces de poner en peligro la vida del individuo, como en el caso de MERS, SARS y otros. El más significativo de estos virus, el SARS-CoV-2, también llamado Coronavirus-19, fue descubierto como el causante de la *enfermedad por coronavirus 19* (COVID-19) a finales del año 2019, desplegando una serie de esfuerzos a nivel de múltiples países para frenar su avance, debido al gran número de afectaciones sistémicas de las que era capaz y al carácter urgente de atención que demandaba en sus etapas más avanzadas.

Los coronavirus son un grupo de virus ARN altamente diversos de la familia *Coronaviridae* que se dividen en 4 géneros: alfa, beta, gamma y delta, capaces de causar enfermedades de leves a graves en humanos y animales. Existen coronavirus humanos endémicos como los alfacoronavirus 229E y NL63 y los betacoronavirus OC43 y HKU1, que pueden causar enfermedades de tipo influenza o neumonía en humanos. Sin embargo, emergieron dos

¹² Neumonía de causa desconocida - China. (2020). Recuperado 9 de junio de 2020, de Organización Mundial de la Salud Disponible en: <https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unkown-cause-china/es/>

coronavirus zoonóticos que causan enfermedades graves en humanos: el coronavirus del Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS-CoV) en 2002 - 2003 y el coronavirus del Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV).

En general, comparten varias características biológicas y moleculares, entre éstas: los coronavirus son partículas de 120 a 160 nm, con envoltura, que contienen un genoma no segmentado de RNA monocatenario de polaridad positiva (27 a 32 kb), el genoma más grande entre los virus de ácido ribonucleico. Los genomas son poliadenilados en el extremo 3'. El RNA genómico aislado es infeccioso. La nucleocápside helicoidal tiene un diámetro de 9 a 11 nanómetros. En la superficie externa de la envoltura hay proyecciones ampliamente espaciadas de forma de palo de golf o de pétalo de 20 nm de longitud, sugestivas de una corona solar. Las proteínas estructurales del virus comprenden una proteína de la nucleocápside (N) fosforilada de 50 a 60 kDa, una glucoproteína de membrana (M) de 20 a 35 kDa que sirve de proteína de matriz embebida en la doble capa de lípido de la envoltura y que interacciona con la nucleocápside, y la glucoproteína de espiga (S; 180 a 220 kDa) que constituye los peplómeros de forma de pétalo.

En enero de 2020, el agente etiológico responsable de un grupo de casos de neumonía grave en Wuhan, China, fue identificado como un nuevo betacoronavirus (2019-nCoV), distinto del SARS-CoV y MERS-CoV. La secuencia genómica completa de este nuevo agente está disponible y se han desarrollado diferentes protocolos de detección, aunque aún no se ha secuenciado en su totalidad¹³.

Asimismo, se han cubierto noticias acerca de animales domésticos y salvajes; perros y felinos (gatos domésticos y tigres), que han tenido resultados positivos en las pruebas de detección de la enfermedad, después de haber estado en contacto con humanos infectados o en condiciones experimentales¹⁴. A pesar de esto, la forma más importante de transmisión de la

¹³ Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos para la atención clínica de personas con COVID-19. San Salvador; 2020. pp. 12-13.

¹⁴ Coronavirus en perros y gatos [Internet]. Intramed. 2020 [citado 20 julio 2020]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoid=96137>

enfermedad la constituye la propagación a través de gotículas despedidas desde una persona infectada al toser, estornudar o hablar.

El término *pandemia*, del griego πανδημία (*pandēmía* ‘reunión del pueblo’), se define como una enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región.

Una *epidemia*, del latín medieval epidemia, y este del griego ἐπιδημία (*epidēmía*; propiamente ‘estancia en una población’), se define como una enfermedad que se propaga durante algún tiempo por un país, afectando simultáneamente a un gran número de personas; paralelamente puede definirse también como un mal o daño que se expande de forma intensa e indiscriminada¹⁵.

El virus tiene un período de incubación de 1 a 12.5 días con una media estimada de 5 a 6, su principal modo de transmisión es a través de gotículas y contacto con superficies donde se encuentre. Su tasa de letalidad es de aproximadamente 2%, según lo registrado en los principales países afectados, y se ha discutido ampliamente su origen como de posible tipo zoonótico. Su capacidad de producir enfermedad depende en buena medida de la dosis infectante y de la posibilidad de entrar en contacto directo con las células mucosas y otras donde exista capacidad de replicarse, así como su discutida capacidad de permanecer en superficies no desinfectadas. Su doble capa de lípidos puede ser directamente destruida por acción saponificadora, lo que, de forma compartida con diferentes familias virales, los vuelve susceptibles de ser erradicados por acciones de control sanitario e higiénico como el lavado de manos, medida altamente impulsada por organismos como la OMS, Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Ministerios de Salud a nivel mundial.

El lavado de manos debe cumplir con ciertas características mínimas para ser útil contra los virus. Instituciones de salud recomiendan un tiempo aproximado de al menos un minuto de forma continua, y con el uso de jabón o soluciones alcohólicas en gel desde 70%.

¹⁵ Epidemia. [Internet]. Diccionario de la Lengua Española. 2020 [citado 17 junio 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/>

De acuerdo a documentación oficial emitida por el Ministerio de Salud, es importante tener en cuenta una serie de conceptos:

Definición de caso sospechoso COVID-19: Toda persona que presente fiebre, y uno o más de los siguientes síntomas: tos seca, rinorrea, congestión nasal, odinofagia, dificultad respiratoria, diarrea sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica.

También debe considerarse caso sospechoso de COVID-19:

- Todo paciente con diagnóstico clínico y radiológico de neumonía, sin otra etiología que explique el cuadro clínico.
- Todo personal de salud que haya estado en atención directa de casos de COVID-19, que presente fiebre y uno o más síntomas respiratorios (tos, odinofagia, dificultad respiratoria).

Caso confirmado COVID-19:

- Caso sospechoso con prueba de PCR COVID-19 con resultado positivo. (esta definición aplica para los primeros dos mil casos, luego se considerarán definiciones por nexo epidemiológico).
- Persona con tamizaje respiratorio con prueba de PCR COVID-19 con resultado positivo.

Contacto COVID-19: Persona sin síntomas con el antecedente de haber tenido contacto físico, o estar a menos de un metro de distancia de un caso confirmado, dentro de un periodo de 2 días antes de la fecha de inicio de síntomas y 14 días después, del caso que lo originó.

Contacto en personal de salud: Personal de salud que durante su rol directo haya entrado en contacto con un caso confirmado y haya hecho uso inapropiado del equipo de protección personal.

Los signos y síntomas de la enfermedad por COVID-19 pueden aparecer entre 2 y 14 días después de la exposición al virus. Este período entre la exposición y la aparición de los síntomas se llama el período de incubación. Los signos y los síntomas comunes pueden incluir:

- Fiebre
- Tos
- Disnea, descrito como “cansancio” o sensación de ahogo

Otros síntomas pueden ser:

- Falta de aire o dificultad para respirar
- Dolores musculares
- Escalofríos
- Dolor de garganta
- Pérdida del sentido del gusto o del olfato
- Dolor de cabeza
- Dolor en el pecho

Esta lista no es de manera alguna exhaustiva a todos los posibles signos y síntomas. Se han reportado otros síntomas menos comunes, como náuseas, vómitos, y diarrea. Los niños presentan síntomas similares a los de los adultos, y generalmente tienen una enfermedad leve. Aún al momento del establecimiento de protocolos sanitarios estandarizados, la búsqueda activa de sintomáticos no podía ser limitada a un cumplimiento estricto de una lista de chequeo, sino que requería aplicación de diversas metodologías, evaluación de riesgos, análisis de contactos, entre otros¹⁶.

Se demostró la afectación primaria aunque no única del sistema respiratorio, así como la existencia de otras formas clínicas menos frecuentes, como la desorientación, trastornos gastrointestinales y otros, antes de progresar a cuadros más importantes. Asimismo, muchos países, especialmente los mayormente afectados, estudiaron desde su inicio la influencia que esta patología puede tener sobre la salud mental de quien la padece, encontrándose evidencias de miedo, desamparo frustración e inseguridad; situaciones emocionales que pueden también manifestarse en la comunidad de prestadores de servicios de salud.

¹⁶ Actualización Epidemiológica Nuevo coronavirus (2019- nCoV). [Internet].2020; Disponible en: <https://www.paho.org/es/file/58298/download?token=VbunRrIR>

Los síntomas de COVID-19 variaron desde su inicio de muy leves a extremos. Algunas personas desarrollaron solo unos pocos síntomas, otras, ninguno y otras fallecieron. Los adultos mayores o las personas con ciertas afecciones crónicas, como enfermedades cardíacas o pulmonares, diabetes, obesidad extrema, enfermedad crónica renal o hepática, o con un sistema inmunitario comprometido han corrido un riesgo más alto de enfermar de gravedad. Esto es similar a lo que se ve con otras enfermedades respiratorias, como la influenza, siendo capaz de enmascarar o traslaparse con otros cuadros clínicos previamente identificados, y en algunos casos, exacerbación de disnea y neumonía, aproximadamente una semana después de la aparición de los síntomas iniciales.

El virus se instaló como de fácil transmisión entre las personas. Los datos mostraron evidencias a favor del contagio de persona a persona, especialmente con contacto cercano (dentro de un rango de aproximadamente 2 metros), a través de gotitas respiratorias liberadas con la tos, estornudo o el habla, entrando en contacto cercano con áreas de piel, mucosa oral o respiratoria del interlocutor.

También se evidenció propagación tras tocar una superficie contaminada con el virus y luego tocarse la boca, nariz u ojos. Aunque en su mayoría las personas con COVID-19 presentaron síntomas entre leves y moderados, la enfermedad demostró potencial para complicaciones médicas graves y, en algunos casos, la muerte. Los adultos mayores o las personas con afecciones crónicas se han visto en mayor riesgo de enfermar gravemente por COVID-19.

Algunas de las complicaciones evidenciadas:

- Neumonía y problemas para respirar
- Insuficiencia de varios órganos
- Problemas cardíacos
- Coágulos sanguíneos
- Lesión renal aguda
- Infecciones virales y bacterianas adicionales

Salud Mental

La salud mental es un componente integral y esencial de la salud. La Constitución de la OMS en su apartado de Principios, define esta última: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Una importante consecuencia de esta definición es que considera la salud mental como algo más que la ausencia de trastornos o discapacidades mentales, implicando un estado de bienestar mental que puede y debe verse como alcanzable, sin discriminar el ámbito en que la persona se desenvuelva.

La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona identifica sus capacidades para hacer frente a la crisis sanitaria que compromete la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a mejorar las condiciones de su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.

La salud mental y el bienestar son fundamentales para la capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida. Sobre esta base se puede considerar que la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo.

La mala salud mental se asocia a los cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación de raza o género, a la exclusión social, a los modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia, mala salud física y a las violaciones de los derechos humanos. La promoción de la salud mental, íntimamente vinculada a la salud grupal y personal, consiste en acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables. Entre ellas hay una serie de acciones para aumentar las posibilidades de que más personas tengan una mejor salud mental.

La pandemia de COVID-19 ha representado un importante cambio en la forma de vida diaria a nivel mundial, provocando incertidumbre, alteración de rutinas educativas, laborales y

familiares, presiones económicas diversas, y aislamiento social en diferentes magnitudes. De acuerdo a investigadores, y en concordancia con instituciones de atención sanitaria mundial como la OMS, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (*Center for Disease Control - CDC*) y la Asociación Americana de Psicología (*American Psychology Association - APA*), pueden existir alteraciones en el estado anímico de la mayoría de la población. Entre las alteraciones más comunes se encuentran el miedo a enfermarse, la potencial duración desconocida de la pandemia, y el temor hacia lo que el futuro puede deparar; a esto se suma el exceso de información, rumores y la información errónea proveniente de diversas vías, que puede disminuir el sentido de control personal sobre una situación que desafía directamente al individuo.

La OMS reconoció durante el año 2020 que la pandemia del COVID-19 constituía una emergencia sanitaria y social mundial que requería una acción efectiva e inmediata de los gobiernos y las personas, y que de acuerdo a lo establecido en los artículos 139, 184 y 193 del Código de Salud, el Ministerio de Salud debía adoptar las medidas necesarias para prevenir el peligro, combatir el daño y evitar la propagación de epidemias, como la causada por COVID-19, para la atención integral e inmediata de los afectados; en los artículos 179, 180 y 200 del Código de Salud, se establece que corresponde igualmente al Ministerio de Salud, adoptar las acciones y medidas necesarias para atender las enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente durante la situación de emergencia nacional producida por la pandemia de COVID-19, que no debía dejarse sin atender al resto de situaciones de enfermedad de la población y debían emitirse disposiciones que permitieran la atención en salud de la mencionada población; era necesario también que el Ministerio de Salud realizara actividades para la prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades y trastornos mentales o problemas psicológicos de la población en general.

Por tal razón, el Ministerio de Salud de El Salvador inició un programa de atención en salud mental a través de servicios en línea (Telesalud) en el marco de la emergencia por COVID-19; vigente a partir del mes de abril de 2020, con el fin de brindar atenciones personalizadas a pacientes principalmente albergados en centros de contención propensos a desarrollar enfermedades mentales a causa del stress y ansiedad por la situación de pandemia; de igual manera se instó al personal de salud y población en general a utilizar este medio de atención

para disminuir la tensión de los centros de salud debido a enfermedades que se generan directamente por el COVID-19.

Se ha mencionado que es posible experimentar sensaciones de estrés, ansiedad, miedo, tristeza y soledad. Es posible que empeoren los trastornos de salud mental, incluyendo la ansiedad y la depresión¹⁷.

El miedo, la preocupación y el estrés son respuestas normales a amenazas percibidas o reales, y en ocasiones cuando el ser humano se enfrenta a la incertidumbre o lo desconocido. Por lo tanto, es normal y comprensible que las personas experimentaran miedo en el contexto de la pandemia de COVID-19.

Al miedo a contraer el virus se agregaron los cambios significativos experimentados a diario, el establecimiento de cuarentena y la restricción de movimiento en un esfuerzo para contener y frenar la propagación del virus en ciudades y países enteros. Ante la necesidad de trabajar desde casa, el desempleo temporal, el desarrollo de clases de colegios y universidades a nivel informático o televisivo, seguidos desde el hogar, y la falta de contacto físico con otros miembros de la familia, amigos y colegas, se puso en evidencia la importancia de cuidar la salud mental y física. El personal de salud, al tener un mayor riesgo de contagio, necesitó desde el inicio un apoyo en salud mental, especialmente si ya con anterioridad existían problemas de salud en otros miembros del grupo familiar.

La OPS, como regulador de la actividad sanitaria, ha establecido ya, entre otros aspectos, mecanismos para brindar orientación y asesoramiento durante la pandemia COVID-19 para trabajadores de la salud, gerentes de establecimientos de salud, cuidadores de niños y adultos mayores, personas aisladas y miembros del público en general¹⁸. Igualmente, se han desarrollado otros sitios de apoyo de diversa índole por parte de iglesias, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales frente a la pandemia. La caracterización de pandemia

¹⁷ COVID-19 y tu salud mental [Internet]. Mayo Clinic. 2020 [citado 17 junio 2020]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/coronavirus/in-depth/mental-health-covid-19/art-20482731>

¹⁸ Salud Mental y COVID-19 [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. 2020 [citado 17 junio 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/salud-mental-covid-19>

significa que la epidemia original de COVID-19, habiéndose extendido a nivel mundial, ha afectado ya a un gran número de personas.

La salud mental se encuentra enmarcada en el concepto integral de salud, y se refiere directamente al bienestar mental y psicológico del individuo. La OMS, antes y durante el inicio de la pandemia, estableció esfuerzos para mejorar la salud mental individual y de la sociedad en conjunto, lo que incluía fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proteger los derechos humanos y atender a las personas con trastornos mentales¹⁹.

La salud mental engloba el bienestar emocional, psicológico y social. Afecta la forma de pensar, sentir y actuar en la vida. También ayuda a determinar la forma en la que se maneja el estrés, las relaciones interpersonales y la toma de decisiones. La salud mental es importante en todas las etapas de la vida, desde la niñez y la adolescencia hasta la adultez y la vejez.

Las enfermedades mentales son afecciones graves que pueden afectar la manera de pensar, el humor y el comportamiento personal y social. Pueden ser ocasionales o de larga duración. Pueden afectar la capacidad de relacionarse con los demás y funcionar en el día a día. Los problemas mentales son comunes, más de la mitad de todos los estadounidenses serán diagnosticados con un trastorno mental en algún momento de su vida; pese a la falta de estudios detallados en muchos otros países, no existe información que haga suponer una diferencia estadísticamente representativa. Las personas con trastornos de salud mental pueden mejorar y muchas de ellas se recuperan por completo, dada la existencia de tratamientos encaminados a la corrección, adaptación de conductas, así como al seguimiento correcto de la persona afectada.

La salud mental es importante porque puede ayudar al individuo a:

- Enfrentar el estrés de la vida
- Estar físicamente saludable
- Tener relaciones sanas
- Contribuir en forma significativa a su comunidad

¹⁹ Salud Mental [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [citado 17 junio 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>

- Trabajar productivamente
- Alcanzar su completo potencial

Igualmente, una mala salud mental puede afectar la salud física. Por ejemplo, los trastornos mentales pueden aumentar el riesgo de problemas de salud física, como accidente cerebrovascular, diabetes tipo 2 y enfermedades cardíacas.

Hay muchos factores diferentes que pueden afectar la salud mental, incluyendo:

- Factores biológicos y genéticos
- Experiencias de vida, como trauma o abuso
- Antecedentes familiares de problemas de salud mental
- Estilo de vida, como la dieta, actividad física y consumo de sustancias²⁰

Es innegable que la enfermedad causada por COVID-19, de súbita aparición y alto compromiso sistémico, económico y social, necesitaba de un enfoque científico y humano, que permitiera englobar sus causas más importantes, tratamientos óptimos a desarrollar y sobre todo, adopción paulatina y constante de medidas de aislamiento y bioseguridad que lograran hacerle frente de la mejor manera posible, tomando en cuenta todos sus potenciales grados de afectación, desde la salud respiratoria, los cuadros febriles, dolores musculares-abdominales y otros, hasta las manifestaciones más insidiosas y quizá inicialmente menos claras, como la afectación en salud mental, el aumento de marcadores de tensión psíquica y los niveles de stress Según la APA, el stress (en español estrés) puede catalogarse de diferentes formas: estrés agudo, estrés agudo episódico y estrés crónico, contando cada uno con diferentes características, síntomas y enfoques para su estudio y tratamiento²¹.

El *estrés agudo* es la forma de estrés más frecuente dentro del estándar social del siglo XXI. Aparece como una respuesta psico-social a las exigencias y presiones del pasado reciente frente a las percibidas exigencias y presiones anticipadas del futuro cercano, tengan éstas o

²⁰ Salud Mental [Internet]. Medline Plus. 2020 [citado 17 junio 2020]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/mentalhealth.html>

²¹ Los distintos tipos de estrés [Internet]. American Psychological Association. 2020 [citado 9 junio 2020]. Disponible en: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/tipos>

no base en la realidad. El estrés agudo forma parte importante del proceso de “lucha o huida” (*fight or flight*) y por lo tanto, puede tener diferentes contextos y traducciones físicas y/o emocionales. Incluye pero no se limita a: aumento de la frecuencia cardíaca, incremento del flujo sanguíneo hacia el músculo esquelético, tensión muscular diversa, disminución de dicho flujo sanguíneo hacia estructuras menos importantes para una acción rápida o sostenida, como el intestino, el sistema linfático o la traspiración. Su efecto suele ser muy corto, y es por ello que no suele causar *per sé* alteraciones durables en quien lo padece, sin embargo, esto no significa que sea irrelevante, ya que, dependiendo de cada individuo, puede desarrollarse cierta tolerancia a su estimulación repetitiva.

El estrés agudo episódico es precisamente una estimulación que conlleva a cuadros repetitivos de estrés agudo; estos pueden oscilar desde la mala organización personal, inadecuadas relaciones interpersonales y de manejo de horarios y/o responsabilidades, hasta el verse inmerso en situaciones fuera del control del individuo, como la transformación paulatina de una carrera profesional de alta demanda legal o técnica, riesgos económicos asociados con los extremos sociales como la alta empresa privada (riesgo-beneficio no siempre asegurado), la pobreza (riesgo-beneficio generalmente poco favorable para el afectado), u otras situaciones fluctuantes.

Los síntomas del estrés agudo episódico se corresponden con una sobre-agitación prolongada y pueden confundirse con otra multitud de causales: cefaleas, enfermedades crónicas que se vuelven de difícil manejo, como los trastornos metabólicos, etc. Esta variedad de causas y manifestaciones pueden llegar a requerir intervenciones de múltiples áreas del conocimiento humano (más allá del manejo farmacológico) para lograr su control. Los rasgos de personalidad igualmente están involucrados en este aspecto, por lo que “desarraigar” a una persona de sus hábitos poco saludables suele ser una labor que requiere bastante esfuerzo.

Finalmente, se reconoce como *estrés crónico* a aquel donde la persona afectada ve reducida su capacidad de intervenir de forma práctica en los factores que generan ansiedad o desasosiego. Entre estas pueden mencionarse una relación matrimonial fallida, el vivir en una zona frecuentemente afectada por conflictos armados o violencia delincinencial, la pérdida del empleo o de beneficios económicos que se consideraban previamente asegurados, etc. La exposición crónica a este tipo de factores puede sobrevenir en enmascarar otros

problemas de salud, así como el empeorar situaciones previamente manejadas de forma poco adecuadas.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-V) contempla además el trastorno por estrés postraumático, definiéndolo como:

A) Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

2. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
3. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
4. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
5. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B) Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
3. Reacciones disociativas (escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente).

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C) Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza(n) tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

D) Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.

7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E) Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F) La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G) La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H) La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Es necesario especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Estas clasificaciones no están clara y perfectamente delimitadas entre sí, pueden superponerse de diferentes maneras, dependiendo del estresor y las formas en que éste es abordado; por ejemplo, un miembro de una sociedad comercial o bancaria de alto éxito puede verse afectado por una decisión que acarree problemas económicos a su persona o a un grupo bajo su mando, experimentar problemas matrimoniales, y verse posteriormente expuesto a una situación de calamidad nacional o regional, como el caso de una pandemia o el avenimiento de una invasión por una potencia extranjera. Los estresores pueden traslaparse y generar respuestas de adaptación a los mismos, que no siempre serán efectivas, o terminarán reforzando negativamente hábitos previos de pobre control emocional; esto es especialmente notorio en países previamente colonizados, comúnmente denominados de tercer mundo, donde la seguridad económica y social no está de ninguna manera garantizada.

Asimismo, puede clasificarse el estrés como positivo o negativo, dependiendo de sus efectos directos sobre la persona que los padece, según el Ministerio de Salud de El Salvador, en concordancia con la OMS, el *eustrés* se refiere a la adecuada activación necesaria para culminar con éxito una determinada prueba o situación complicada. Su contraparte está representada por el *distrés*: que consiste en las consecuencias perjudiciales de una excesiva activación psicofisiológica, momento en el cual una determinada situación desborda la capacidad de control del sujeto, apareciendo principalmente irritabilidad y ansiedad²².

Esta clasificación más funcional del estrés suele ser más limitante en cuanto a plantear una dicotomía no siempre auténtica entre ambos conceptos; es necesario hacer notar que niveles

²² Manejo del estrés: Talento humano en salud [Internet]. Ministerio de Salud El Salvador. 2016 [citado 9 junio 2020]. Disponible en: https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/seguridad_ocupacional_2016_presentaciones/presentacion09082016/MANEJO-DEL-ESTRES-TALENTO-HUMANO-EN-SALUD.pdf

altos de eustrés pueden tener consecuencias perjudiciales en la salud inmediata de quien los manifieste, como una afectación cardíaca súbita tras recibir una noticia agradable o inesperada; no todo eustrés resultará en consecuencias positivas en la vida cotidiana de quien lo experimente.

Igualmente, el distrés no puede considerarse como una situación perenne sin cambios, perjudicial a la salud mental de quien la padece; a pesar de la aparente contradicción entre su definición y sus efectos. Un ser humano continuamente expuesto a situaciones que le afecten negativamente tendrá que buscar una manera de lidiar con las mismas, de la forma en que le resulte menos lesiva, lo cual puede hacer surgir mecanismos de defensa de tipo psicológicos o fisiológicos que, al menos inicialmente contribuyan a la conservación de la vida, de la capacidad de funcionar como grupo o individuo, o al menos adaptarse hasta la aparición de situaciones menos agravantes a la salud física.

El estrés es apenas uno de los posibles modificadores del estado mental de un ser humano, en diferentes contextos pueden existir una serie de situaciones que impliquen un cambio de conducta de las normalmente establecidas. La capacidad de resiliencia psicológica y adaptabilidad varía dependiendo de múltiples acontecimientos.

Salud Mental y COVID-19

En la República de El Salvador, históricamente, el manejo de la salud mental, estrés y adaptabilidad social en la población consultante ha sido insuficiente, con una práctica de cuidado en salud mental de tipo reactivo frente a grandes momentos de tensión en la vida humana, como la viudez, el intento suicida, la pérdida del trabajo o la violencia intrafamiliar. El presupuesto en salud mental se encuentra demostradamente por debajo de la inversión en otros rubros de salud; igualmente, su carácter esencial en el estado general de salud se evidencia en una forma menor que otras necesidades básicas como el acceso a agua potable, inmunizaciones, personal de salud disponible por área geográfica, entre otros marcadores institucionales e interinstitucionales.

Existe poca atención conjunta e integración de actividades entre las diversas instituciones que atienden a la población afectada, usuaria de los servicios de emergencia y consulta externa general en todas las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud (SNS),

lo que incluye pero no se limita al personal oficial del Ministerio de Salud (MINSAL), Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), Bienestar Magisterial. Asimismo, existe una relación casi satelital del Sistema Nacional de Salud con cuerpos de servicio público y de seguridad estatal, particularmente involucrados en atención en salud directa o indirecta en caso de desastres, accidentes, movilización inmediata de pacientes ante la no disponibilidad de ambulancias en clínicas, Unidades Comunitarias de Salud Familiar y otros; esta relación distante y esporádica no permite una integración completa o planificación adecuada de acciones conjuntas a largo plazo. Asimismo, existe otra parte importante del SNS representada por voluntarios y otras instituciones que, a través de modalidades como la compra de servicios, educación en salud, transporte y otras se encargan de facilitar atención a pacientes del SNS; en todos estos casos, la atención en salud resulta segmentada, con la atención principalmente dirigida a las manifestaciones más evidentes —físicas o mentales— del problema suscitado. Las atenciones integrales de las causas básicas de la alteración del equilibrio personal quedan finalmente poco definidas y a la larga escasamente investigadas, como la situación de inseguridad social o jurídica de un grupo familiar o comunitario, el acceso a agua potable u otros servicios básicos que influyen directamente sobre la salud, desigualdades socioeconómicas, pertenencia a grupos sociales vulnerables, etc.

El fortalecimiento de esquemas de tratamiento mayormente orientados a la solución “rápida” de problemas de salud, sin englobar correctamente a sus causas de base, desligados de condiciones importantes como las discapacidades, bajos ingresos socioeconómicos, entre otros, han puesto de manifiesto durante años la necesidad de cambios concretos que permitan atender integralmente a pacientes y no a diagnósticos, situación hartamente común a muchos países de las regiones centro y suramericana. En el contexto de la pandemia por COVID-19, las presiones internacionales y los cambios rápidos y obligados en la atención sanitaria durante el año 2020 pusieron de manifiesto una sensación aumentada de ansiedad, incertidumbre e inseguridad en los estados básicos de salud mental de la población y prestadores de servicios de salud. En la República de El Salvador, desde inicios del año 2020, se realizaron diversas actividades de tipo político, económico y de salud pública para contener la pandemia de COVID-19. Este efecto mediático-publicitario de un problema de salud dificultó la aceptación de la magnitud de la enfermedad, evidenció desinformación y

otros problemas que afectaron directamente a la población, así como al personal médico, paramédico y administrativo involucrado directamente en la intervención de los casos. En este respecto es necesario señalar que ha existido un enfoque virtualmente nulo ante los procesos generadores de ansiedad y stress en la población usuaria y prestadora de servicios de salud.

Instituciones hospitalarias emblemáticas dentro del sistema no contaron desde el inicio con áreas adecuadas para el aislamiento de pacientes y su traslado efectivo; existiendo incluso la utilización de fármacos y técnicas que, a pesar de no contar con evidencia científica y el respaldo de organismos como la OMS, fueron adoptadas de forma empírica por parte de diversas instituciones de salud, conllevando a no pocas diferencias de opiniones entre médicos generales y especialistas, así como también a continuos manejos de cantidades importantes de dinero dentro del presupuesto nacional, históricamente escaso en áreas de salud. Esta situación irregular incrementó la sensación de desatención, poca empatía y renovó la incertidumbre por compromisos que no han sido honrados por las autoridades en salud. Estas irregularidades, su estado de cronicidad y la capacidad de incidir directamente en el desempeño laboral de empleados de salud que históricamente las han percibido como pendientes, incrementó niveles de desasosiego y stress en el personal, comprometiendo su capacidad de respuesta básica, y de manera aún más notable en caso de una pandemia y su respectiva movilización de una alta cantidad de recursos humanos y materiales.

Las organizaciones de salud pública, incluyendo a la OMS, CDC, múltiples Secretarías y Ministerios de Salud a nivel global, establecieron sistemas de vigilancia epidemiológica durante la pandemia y publicaron una cantidad importante de actualizaciones a través de diversos medios de comunicación informáticos. Estos grupos también han publicado recomendaciones para prevenir y tratar esta enfermedad²³; pese a ello, El Salvador ha manifestado de forma consistente una cara percibida por diferentes sectores de la población como más política que sanitaria frente a la pandemia, con decisiones administrativas que

²³ Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19) [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [citado 9 junio 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>

incluso han puesto sobre el personal de salud la responsabilidad de atender a su propia conservación, aún en escasez de insumos.

El estado óptimo de salud mental no siempre puede alcanzarse, debido a que, en el contexto de los servicios de salud en Latinoamérica, la pandemia colocó a la mayoría de prestadores de servicios frente a un reto difícil de superar, dada la situación crónica de desabastecimiento de personal, insumos o equipos de protección especial según el caso. Diferentes enfoques se han presentado para establecer apoyo psicológico frente a la situación irregular que viven las Américas; dichas intervenciones han tenido diferentes orígenes, desde los niveles centrales de OMS, hasta otros como OPS, y esfuerzos ministeriales llevados a cabo por diversas naciones asiáticas y europeas, cuyos esfuerzos han tratado de replicarse o adaptarse a este continente.

A nivel español, siendo este país uno de los casos más representativos junto a su contraparte en Italia, y viéndose fuertemente afectado por la pandemia en su etapa inicial en Europa, se revisaron continuamente no solo los protocolos de atención virológica a pacientes afectados, sino que existió también un esfuerzo por evaluar las necesidades en salud mental experimentadas por el personal de salud. Entre las conclusiones importantes de algunos de estos estudios, se determinó que la prevalencia de ansiedad, depresión, trastorno de estrés agudo y postraumático fue alta durante y después de los brotes. Estos problemas no solo tienen efectos a largo plazo en la salud mental del personal de salud, sino que también dificultan la respuesta urgente ante la pandemia actual de COVID-19, poniendo en riesgo la atención y la capacidad de toma de decisiones²⁴.

El Ministerio de Salud en Lima, Perú, formuló una serie de recomendaciones clínicas tras realizar una revisión sistemática de diferentes recomendaciones propuestas por entidades como la OMS, según la evidencia recolectada hasta el mes de abril de 2020. Estas recomendaciones y conocimientos fueron contrastados con la Guía Técnica para el Cuidado de la Salud Mental del Personal de la Salud en el contexto del COVID-19 del Ministerio de Salud de Perú, aprobado mediante Resolución Ministerial durante el año 2020.

²⁴ Ricci-Cabello I. Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: A rapid systematic review. [Internet]. 2020 [citado 14 junio 2020]; Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.02.20048892v1>

Este enfoque permitió identificar los procedimientos principales para el manejo de problemas o trastornos mentales en los prestadores de servicios de salud que participan en la atención de pacientes afectados en diversas medidas por COVID-19²⁵.

2.2. Estado del arte

El desarrollo de la vida humana como un proceso social, engloba múltiples características del desempeño adecuado de la especie; en ámbitos políticos, militares, académicos, sociológicos y por supuesto, en el área de la salud, tratando de alcanzar estados óptimos de bienestar dentro de los grupos sociales.

Esta multiplicidad de facetas ha llevado a lo largo de la historia a no pocos enfrentamientos en ámbitos a nivel internacional en diversos puntos, en los últimos años se han desarrollado campos de gran trascendencia como la carrera espacial norteamericana, con una marcada influencia de manos privadas²⁶, el desarrollo y amenaza latente con armas nucleares entre esta potencia y otras como la India, Israel o Corea del Norte²⁷. Un cambio súbito dentro de este precario equilibrio, generalmente marcado por su impacto en las clases más vulnerables económicamente, ha implicado a su vez transformaciones que a corto o mediano plazo pueden influir en la adopción de diversas medidas inmediatas en los principales países involucrados; con sus respectivas repercusiones a poblaciones enteras. En los últimos años, se ha considerado importante el balance de poder entre diferentes países, señalando que un Estado que se erigiera como importante o significativo en una estructura de poder,

²⁵ Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Recomendaciones clínicas para la prevención y manejo de problemas de salud mental en personal de salud en el marco de la pandemia por COVID-19. Lima: EsSalud; 2020

²⁶ Bowler T. Ni China, ni Rusia, ni Estados Unidos: ¿quiénes lideran la nueva y feroz carrera espacial? [Internet]. BBC News Mundo. 2017 [citado 17 junio 2020]. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-41374798>

²⁷ Tzili Apango E. Tensiones entre China, Corea del Norte y Estados Unidos a inicios de la administración Trump. Estudios de Asia y África [Internet]. 2018 [citado 14 junio 2020]; (vol.53 no.2). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-654X2018000200421&script=sci_arttext&tlng=en

encaminará sus esfuerzos —a pesar de que estos beneficien a otros Estados— al mantenimiento del status quo y a reforzar dicha posición de poder²⁸.

Igualmente, situaciones de crisis como la de la infección significativa por COVID-19 deberían representar no un punto de quiebre en un sistema de salud, sino una oportunidad para crecer, para fortalecer lo existente y establecer lo faltante, en la medida en que el sistema de salud continuará siendo parte vital de una vida digna, edificante, productiva y necesaria en la realidad socioeconómica de la República. Esta labor potencial y real para el personal de salud debe enmarcarse en una necesidad concreta de proteger su salud e integridad física y mental, debido a que los diversos factores en juego al momento suponen un nuevo grado de vulnerabilidad, que terminará aumentando entre más tiempo pase antes de tomar medidas para influir en el mismo. El personal de salud se encuentra en una importante encrucijada, dada la existencia de esta nueva amenaza a la salud, configurada en el contexto de un sistema empobrecido y lleno de retos previos.

No puede en este punto ignorarse la necesidad primordial de enfocar esta pandemia desde un punto de vista integral, debido a que la República de El Salvador se ha visto sometida a diferentes influencias de tipo social, económica y cultural que han afectado directamente el desempeño de su personal de salud, en un ambiente general de incertidumbre, estrés físico y mental, poca preparación, escasez de insumos y pocas esperanzas de ver controlada la situación de forma efectiva a corto plazo.

El carácter novedoso de la pandemia implicó desde su inicio que se contó con información incompleta por tratarse de un agente causal desconocido; la cual debió actualizarse a diario en aspectos epidemiológicos vitales como transmisión, prevención y en especial en cuanto a un tratamiento específico; como resultado se generaron diversas respuestas emocionales en la población general y en el personal de salud de las áreas esenciales, con una manifestación

²⁸ Sánchez Mugica A. El orden mundial y la reconfiguración hegemónica en el siglo XXI. Revista mexicana de ciencias políticas y sociales [Internet]. 2018 [citado 14 junio 2020]; (Vol. 63, No. 233):13. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-19182018000200365

común de emociones típicas como el estrés, la frustración, el miedo, el enojo²⁹, entre otras. Aunado a esto, era evidente que el manejo integral de la enfermedad era clave con el fin de prevenir consecuencias negativas en la salud mental del personal de primera línea.

En este panorama internacional, cargado de presiones por mantener la hegemonía, o retarla por parte de otras potencias no americanas, resultó importante hacia finales del año 2019, el reconocimiento y posterior declaración por parte de autoridades sanitarias chinas, de la aparición de una nueva enfermedad viral, con una categorización dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades inicialmente formulada y actualizada en el primer trimestre del año 2020³⁰.

El estrés, entendido como una alteración en las condiciones básicas de vida, desde el punto de vista integral de la conducta humana, implica cambio y adaptación, de manera más o menos efectiva, para enfrentar una amenaza, escapar de ella, destruirla o adaptarse a la larga a nuevas situaciones que previamente hayan interferido con la normalidad del individuo.

Desde finales del año 2019 el mundo entero entró a una etapa nueva en la salud pública, no vista desde hace décadas, la de una pandemia que afectó significativamente el estilo tradicional de vida, llevó al cierre de fronteras, la disminución de la actividad comercial, laboral y la rápida implementación de medidas de control sobre una amenaza sanitaria capaz de afectar a múltiples países en un corto tiempo³¹. Esta situación internacional cambiante aumentó en medida importante los niveles de estrés y puso a prueba la capacidad de adaptación a nivel de sistemas de salud, instituciones gubernamentales y otras, que tuvieron un fuerte impacto en la vida del ciudadano (distribución de bienes, productos y servicios, industria agropecuaria, importaciones, entre otras).

²⁹ Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Recomendaciones clínicas para la prevención y manejo de problemas de salud mental en personal de salud en el marco de la pandemia por COVID-19. Lima: EsSalud; 2020

³⁰ Codificación del COVID-19 con la CIE-10 [Internet]. 2020 [citado 14 junio 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_docman&view=download&alias=468-covid-cie-codigos-2020-03-25-espanol&category_slug=documentos&Itemid=624

³¹ Alsina Calvés J. Consecuencias geopolíticas de la crisis del coronavirus. El Catoblepas, revista crítica del presente [Internet]. 2020 [citado 14 junio 2020];(191). Disponible en: <http://www.nodulo.org/ec/2020/n191p41.htm>

La República de El Salvador se vio obligada a hacer frente a la pandemia de manera inmediata y con altos compromisos políticos de por medio, en un marco cultural de posguerra, desigualdades sociales, y período inicialmente pre-electoral, con menos de un año tras la elección del último gobierno presidencial hacia finales de 2019, elección que marcó el comienzo oficial de la posguerra, y en año previo al de elecciones legislativas y municipales. En este contexto, fue siempre notorio el enfrentamiento mediático entre poderes económicos de diversos sectores, magnificado por su rápida divulgación a través de redes sociales, no siempre disponibles o al alcance de la totalidad de la población. Especialmente hacia el inicio de la pandemia fue notable la divulgación de puntos específicos de vigencia inmediata, que a pesar de encaminarse concreta y justamente hacia el control de la patología mediante medidas como el cierre de fronteras, desaceleración de la actividad comercial y restricción de la movilidad ciudadana, implicarían también la posibilidad de generar ansiedad y desconcierto en grandes sectores nacionales; especialmente importante resultan las disposiciones jurídicas anunciadas en ocasiones con menos de 24 horas antes de entrar en rigor, los desacuerdos entre los tres Poderes del Estado y la incapacidad marcada por establecer un diálogo concertador entre la autoridad nacional y el ciudadano común y corriente, a través de la prensa radial y redes sociales de gran alcance. Asimismo, es necesario hacer notar el evidente grado de información inexacta dada de forma inicial con respecto a la distribución de ayuda humanitaria, apoyo económico y políticas de repatriación ante el cierre de fronteras de países extranjeros.

Antes aún de la instauración de un estado de emergencia, se dieron a conocer de manera notoria “reformas” al sistema de salud que se catalogó oficialmente como “previamente abandonado” que parecían resolver mediática y rápidamente situaciones crónicas como el desabastecimiento institucional, las cuales no se tradujeron en cambios significativos en el accionar del sector salud, su equipamiento y su acceso a herramientas para cumplir un trabajo óptimo, entre otros.

Es importante mencionar las consecuencias observadas y vividas de primera mano por el personal de salud: se evidenció una toma de decisiones marcada por la falta de información confiable, la implementación de políticas sanitarias que fueron criticadas abiertamente por entidades colegiadas, grupos de especialistas y otros.

Es necesario hacer notar la marcada tendencia mediática, polarización y politización que tuvo este estado de alerta, debido en no poca medida al uso oficial y no oficial de redes sociales para efectos de comunicación masiva, y a la falta de planes específicos para el control de una enfermedad que no había afectado previamente al país, así como un clima de desconfianza en las autoridades superiores, que hunde sus raíces en años —décadas— de manejos inadecuados de fondos públicos, corrupción pública y privada, desabastecimiento de insumos y falta de personal hospitalario en cantidad y forma suficiente para brindar una atención adecuada a múltiples problemas sanitarios.

La aparición de esta nueva enfermedad representó inicialmente un evento disruptivo importante en la vida diaria en el mundo entero, mundo que notablemente había alcanzado niveles altos de interconectividad, con alcances informáticos evidentes y casi inmediatos, con el uso constante de redes sociales y comunicación instantánea por parte de entidades económicas, de salud, comerciales y gubernamentales. La OMS, máximo organismo internacional orientado a la protección de este bien público, ofreció inicialmente comunicados orientados a informar a la población interesada sobre el apareamiento y sintomatología de la nueva enfermedad.

Posteriormente, el impacto de la patología haría necesaria su clasificación como pandemia, a pesar de haberse tratado de disminuir el impacto inicial de la enfermedad a través de algunos medios oficiales dentro de la misma OMS, así como gobiernos como los de Italia, España, Estados Unidos, México y Brasil, donde las medidas de cuarentena y aislamiento fueron tomadas de forma tardía, lo que posteriormente se tradujo en altas tasas de contagio y manejos ineficientes, además de una alta demanda de servicios de salud por parte de la población. A pesar de ello, la postura oficial inicial fue la de tomar medidas restrictivas en políticas concernientes a educación, transporte, distancia física, movilización de entidades de seguridad pública, hasta las aparentemente menos perceptibles o voluntariamente ignoradas por diversos sectores de la sociedad humana, entre ellos, la pobre continuidad dada a proyectos anteriormente iniciados como el de mejorar el acceso a agua potable y el incrementar la conectividad a internet como un derecho humano y educativo.

En muchos países de Latinoamérica, históricamente marcados por desigualdades políticas, accesos dispares a los servicios básicos de sanitación y salud pública y otros, la prioridad de

los servicios de salud suele ponerse sobre la cura y/o corrección de estados patológicos cuando éstos ya se han hecho manifiestos, y se orientan mayormente a la enfermedad de tipo biológico, ajenos a su realidad integral como capacidad de cambio, de disrupción en la vida en todas las facetas de quien la padece, como el aspecto económico, social, mental, etc. Esto se hace evidente en enfermedades crónicas no transmisibles, donde sus condiciones son ampliamente conocidas, hunden sus raíces en procesos que van más allá del mero deseo de *tener una buena salud*, sino que exigen profundos cambios en políticas de acceso a servicios básicos, cobertura amplia en educación y enfoques tanto farmacológicos como no farmacológicos, los cuales se ven poco concretados en la realidad clínica diaria, marcada por el concepto de “producción” (número de pacientes atendidos), la sobrecarga laboral, la poca capacitación y retroalimentación del personal de salud, etc. En este sentido la salud mental del usuario y del prestador de servicios de salud ha ocupado siempre un lugar de menor importancia comparado con los planes generales de atención sanitaria, mayormente de tipo curativo que analítico o de prevención.

La OMS, a través de comunicados en su amplia gama de redes sociales, así como de publicaciones oficiales, puso de manifiesto la importancia del uso de técnicas como el lavado de manos, la distancia física y el uso de mascarillas médicas y respiradores que, aunque inicialmente debían reservarse para los trabajadores sanitarios debido a su nivel de exposición, resultaron elementos útiles en la vida cotidiana, dependiendo del entorno en el que se moviera la persona interesada, a pesar de su uso muchas veces incorrecto por parte de la población, y el poco énfasis gubernamental planteado en la educación o entrenamiento correspondiente para evitar dicho mal uso.

La situación de virulencia y desenlace potencialmente mortal tras la infección por COVID-19 puso de manifiesto diversas falencias en los sistemas integrales de salud a nivel regional y nacional; si bien es cierto que ya existían programas orientados al diagnóstico de enfermedades, atención integral de pacientes, derivación oportuna y seguimiento para una serie de dolencias posibles, la salud mental del usuario se veía casi siempre como un pensamiento “para después”, una necesidad de manejo que solo posteriormente requeriría atención sanitaria, pese a ser reconocida formalmente como una parte integral del conjunto de necesidades básicas de salud a nivel nacional e internacional.

La pandemia de COVID-19 puso en evidencia la poca preparación para suplir un estado de alta demanda de los servicios de salud mental que podían llegar a ser necesarios —indispensables— por parte de los actuadores médicos y paramédicos, personal de enfermería, terapeutas y otros de primera línea en la atención de pacientes durante la pandemia. Esta misma situación fue considerada como vital en otros países enfrentados al mismo dilema, en los cuales se tomaron en cuenta no solo los efectos sobre la salud física de la persona con diagnóstico confirmado de COVID-19, sino también del personal a su cargo, en sus facetas físico-epidemiológicas como interpersonales-laborales y psicológicas.

Considerando que la pandemia del coronavirus ha implicado la atención de una gran cantidad de personas afectadas en su salud física y mental, el personal que ha atendido a estas personas ha estado expuesto a una situación de largas horas de trabajo intenso, temor a la contaminación, incertidumbre por limitaciones del sistema de salud, entre otras condiciones causantes de altos niveles de estrés.

Esta situación afectó significativamente la salud mental del personal sanitario, ocasionando sentimientos como el miedo, pena, frustración, culpa, soledad y problemas relacionados con el sueño, apetito, agotamiento, entre otros que pueden generar ansiedad, depresión, desmotivación y desesperanza, condiciones que perjudican gravemente la realización de labores relacionadas al cuidado de la salud de las personas.

Por tal motivo, el cuidado de la salud mental del personal de la salud fue una tarea fundamental para lograr una adecuada atención de la población en el contexto de la pandemia de COVID-19, a pesar de su condición de virtualmente ignorada por la planeación gubernamental del control de la patología.

CAPÍTULO III

3.1. Operacionalización de Variables

Objetivo: Evaluar los efectos provocados en la salud mental del personal de salud involucrado en la atención directa al paciente en la pandemia por COVID-19, año 2020.			
Variable	Definición	Definición Operacional	Indicadores
Salud mental	La salud mental incluye el bienestar emocional, psicológico y social. Afecta la forma en de pensar, sentir y actuar al enfrentar la vida. También determina cómo manejar el estrés, la forma de relacionarse con los demás y toma de decisiones.	Bienestar emocional psicológico del personal de salud en primera línea de atención de la COVID-19 que permite afrontar los cambios en la rutina de trabajo por la pandemia de COVID-19	Estrés Trastornos alimenticios Trastornos del sueño Trastornos con adicciones Trastornos depresivos Trastornos de ansiedad
Reacción emocional	Sentimientos subjetivos que ocurren en respuesta a algún evento estímulo externo; poseen una consistencia dual, por un lado, está la expresión de la emoción (respuestas manifiestas somáticas y autónomas) y, por el otro, la experiencia interna (la respuesta del sistema nervioso central) inferida solamente a través de los reportes verbales de sentimientos subjetivos	Reacciones presentes en el personal de salud en primera línea de atención a la COVID-19	Enojo Miedo Tristeza
Intervenciones en salud mental	Acciones que tienen como propósito prevenir los problemas de salud mental o están dirigidas a contrarrestar los factores de riesgo y reforzar los factores protectores a la salud mental a lo largo de la vida, con el fin de modificar esos procesos que contribuyen a la enfermedad mental	Acciones implementadas en los servicios de salud dirigidas a reforzar los factores protectores a la salud mental en el personal de salud en primera línea de atención a la COVID-19	Terapias Tele-psicología
Factores que alteran la salud mental	Condición que aumenta la probabilidad de padecer una enfermedad	Condición que aumenta la probabilidad de presentar afectación en la salud mental del personal de salud personal de primera línea en atención de la COVID-19	Edad Sexo Tiempo de trabajo Equipo de protección

CAPÍTULO IV

4.1 Metodología

La presente investigación se realizó, a partir de la síntesis de la evidencia la construcción de un resumen crítico y reproducible de los resultados de publicaciones disponibles acerca de los efectos provocados en la salud mental del personal de salud involucrado en la atención directa al paciente en la pandemia por COVID-19, año 2020.

4.2 Método de investigación

Método deductivo.

4.3 Tipo de estudio

El tipo de estudio desarrollado revisión sistemática descriptiva, utilizando el método de razonamiento deductivo, partiendo de la premisa que la pandemia por COVID-19 provocó diversos efectos en la salud mental del personal de salud involucrado en la atención directa al paciente afectado por dicha pandemia.

4.4 Método y técnicas para la recolección de datos

Estrategia

Para la ejecución de la presente investigación se aplicó la estrategia de búsqueda de las revisiones sistemáticas descriptivas, en el período del 1 de enero al 31 de octubre procediendo a la localización de artículos sobre los efectos en la salud mental del personal de salud que ha brindado atención directa (primera línea) a pacientes en el contexto de la pandemia por COVID-19, para ello se identificaron artículos publicados en revistas indexadas considerando que las investigaciones publicadas cumplen con los requisitos con la metodología científica.

La búsqueda y localización se realizó a través de motores de búsqueda, detallados en las etapas de la estrategia de búsqueda, y en la descripción de la ruta de búsqueda, considerando palabras claves y operadores booleanos, incluyendo artículos publicados en idioma español e inglés.

Una vez localizados los artículos, de este conglomerado de información se descartó aquella que hablaba exclusivamente del personal de salud en otros contextos, de la pandemia COVID-19 en relación a la afectación directa de diversas poblaciones u otras relaciones indirectas de los términos de búsqueda.

Una vez localizados los artículos se realizó una selección de aquellos que más se aproximaban al problema de investigación de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión definidos. A los artículos seleccionados se realizó la lectura crítica y extracción de datos.

4.5 Etapas de la estrategia de búsqueda de revisión sistemática:

1. Establecimiento de la pregunta de investigación:

¿Qué efectos se han provocado en la salud mental del personal de salud involucrado en la atención directa al paciente la pandemia por COVID-19, año 2020?

2. Localización de los estudios de investigación:

En esta etapa se realizó la búsqueda y localización de las publicaciones relacionadas con el problema de investigación, la búsqueda se realizó por investigadores, es decir que cada uno de los investigadores definió su ruta de búsqueda, haciendo uso de los motores de búsqueda académicos, de tipo electrónico y de libre acceso, con actualizaciones constantes. Los principales motores de búsqueda que se utilizaron fueron: *Epistemonikos, Pubmed, LILACS, BRISA-RedETSA*, así como en los diferentes medios de comunicación y prensa escrita nacional, internacional y de instituciones oficiales, como los comunicados de prensa y educativos por parte de grandes coordinadoras y prestadoras de servicios en salud, tales como la OMS, OPS, CDC, y otras.

Se consignó la fecha pertinente de la consulta de cada fuente de información, limitándose por conveniencia a finales del mes de octubre de 2020.

Ecuación: Entre las palabras claves consideradas en la búsqueda de la información estuvieron los términos salud mental, personal de salud, COVID-19, stress, ansiedad, miedo, inquietud y derivados, incluyendo su aparición conjunta mediante el uso de operadores booleanos:

AND fue el operador utilizado para cruzar conceptos distintos. En el presente caso se interseccionaron los conceptos de personal de salud, salud mental y COVID-19. En cada caso se analizaron igualmente los sinónimos correspondientes, siempre que estos se encontraran interrelacionados, evitando la consideración de estudios que se centraran de forma exclusiva en alguno de ellos.

Esto permitió la identificación de estudios publicados que fueran concernientes a la presente investigación por medio de las sumas lógicas de información disponible en los motores de búsqueda. Esta ecuación booleana fue aplicable únicamente a las fuentes de información y motores de búsqueda de tipo académico:

	And	And
Sinónimos	Personal de salud	Salud mental
	Médicos	Stress
	Enfermeras	Ansiedad
	Paramédicos	Miedo
	Personal de primera línea	Inquietud
		Trastorno
	Insomnio	COVID-19
		Pandemia
		Alerta sanitaria

La posibilidad de ajuste y corrección de la ecuación se evaluó dependiendo de la pertinencia de la información encontrada, de la calidad de los estudios identificados y de otras posibles necesidades descubiertas a lo largo del proceso.

Número de resultados: Se detalla el número pertinente de resultados encontrados en cada búsqueda. Inicialmente se encontraron cientos de estudios que correspondían a la búsqueda, que serían posteriormente analizados para descartar los no correspondientes.

Resultados más relevantes: Se analizaron los resultados que cumplieran con los requisitos para considerarse dentro del análisis de la presente investigación, tomando en cuenta sus

características, descartando aquellos que no cumplían con los criterios necesarios y que serían descartados de la presente investigación.

3. Criterios de inclusión/exclusión de los estudios

La información analizada se consignó a partir de su origen arrojado por los motores de búsqueda mencionados con anterioridad, así como de prensa gris u otros medios informativos, tomando en cuenta en todo momento su pertinencia, haciendo énfasis en la mención directa del personal de salud y salud mental del mismo en el contexto de la pandemia de COVID-19.

Los artículos considerados en el presente análisis fueron los que se enfocaban directamente en la investigación de la salud mental del personal de salud involucrado en la atención de pacientes durante la pandemia del COVID-19, en contextos públicos o de atención a cantidades significativas de población afectada. Se prestó especial importancia al análisis de las variables que afectaban directamente el desempeño, capacidad de toma de decisiones clínicas y/o presencia suficiente de insumos y métodos de diagnóstico o tratamiento disponibles para el personal de salud en el contexto de su actividad diaria.

La selección específica de las publicaciones a considerar se llevó a cabo considerando su tamaño muestral, la rigurosidad en la obtención y reporte de los datos presentados, la capacidad de comparabilidad o extrapolación que la información tuviera para diversas poblaciones la pertinencia en la aparición de factores estresantes o de modificación de conductas de las investigaciones analizadas.

Los principales criterios de inclusión y exclusión fueron:

INCLUSIÓN: Publicaciones, artículos de investigación, artículos teóricos, conferencias, revisiones que se refirieran a personal de salud involucrado en atención directa de pacientes COVID-19 que presentaran manifestaciones en salud mental, publicados en revistas indexadas en idioma inglés, español, otros artículos que versaran sobre salud mental del personal de salud en la pandemia por COVID-19 en idiomas inglés y español.

EXCLUSIÓN: Otros prestadores de salud., literatura gris, publicaciones en medios periodísticos digitales o impresos, webinarios, opinión de expertos, idioma diferente al español o inglés.

4. Selección de los artículos

Una vez localizadas las publicaciones se realizó la selección de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, estos artículos seleccionados se registraron en la Bitácora de publicaciones seleccionadas.

5. Evaluación de la calidad de los estudios incluidos:

Se consideró la calidad de la información, tomando en cuenta su sistematización, metodología, estrategia de búsqueda de información e identificación de posibles sesgos que pudieran alterar la calidad de la información presentada.

4.6 Instrumentos de recolección

Como instrumento para la recolección de información se utilizó la bitácora de búsqueda de información (Ver Anexos).

6. Lectura crítica

En esta etapa se realizó una lectura crítica de las publicaciones para realizar la valoración de la calidad, comprendiendo ésta el análisis del tipo de estudio, su diseño metodológico, planteamiento de objetivos, discusión y las conclusiones planteadas.

Se consideró la calidad de la información, tomando en cuenta su sistematización, calidad metodológica, estrategia de búsqueda e identificación de posibles sesgos que pudieran alterar la calidad de la información presentada o validez del estudio.

Motor de búsqueda: Se detalla el origen de la información, tomando en cuenta la publicación de la misma dentro de los sitios de internet, considerando carácter científico.

Extracción de datos

Una vez realizada la lectura crítica de las publicaciones se procedió con la extracción de los datos, los que fueron sistematizados en la matriz de extracción de datos.

7. Cuantificación de los efectos

Se describieron los efectos reportados en la salud mental de los prestadores de salud involucrados en la atención directa de pacientes COVID-19 a través de investigaciones previas sobre el mismo tema, encontrados en diferentes poblaciones de prestadores de servicios de salud a nivel mundial, comparando sus factores socio-demográficos, la presencia o ausencia de factores de riesgo, enfermedad mental, stress agudo, sub-agudo o crónico, así como otros problemas de adaptación al medio o dificultad en la resolución de problemas que puedan haberse derivado directamente de la posición de la persona afectada como personal de salud involucrado en la atención de pacientes.

Dichas manifestaciones de alteraciones en salud mental se cuantificaron en razón de su presencia o ausencia en cada caso determinado, su manifestación clínica o la identificación que de las mismas hayan realizado otros trabajos involucrados en el tema.

1. Instrumentos

Como instrumento para la recolección de información se utilizaron dos matrices denominadas, la primera como Bitácora de registro de búsqueda y la segunda Matriz de sistematización de la información.

Asimismo se realizó la aplicación del diagrama PRISMA para explicar la selección de los artículos revisados.

4.7 Plan de tabulación de la información

El registro de la búsqueda de los artículos se vació en la matriz Bitácora de registro, que comprende el registro de Motor de búsqueda, Fecha de la búsqueda, Ecuación de búsqueda, Número de artículos resultantes de la búsqueda y Resultados más relevantes. Para la sistematización de la evidencia encontrada se utilizó la matriz de sistematización, en la que se registraron los Objetivos de la investigación, así como cada uno de los estudios

encontrados, según su título de publicación, detallando la forma en la cual cada uno de ellos respondía a los objetivos inicialmente planteados.

4.8 Plan de análisis de resultados

Se realizó el resumen cualitativo de las características y resultados de las publicaciones que permitió identificar las principales reacciones emocionales frente al cambio de la rutina clínica diaria del personal de salud involucrado en la atención directa de pacientes, así como los principales factores de alteración en la salud mental presentes en el personal de salud, ante el seguimiento clínico y tratamiento de los pacientes con diagnóstico presuntivo y confirmado de COVID-19.

Se realizó también el análisis de experiencias de intervenciones sobre la salud mental del personal de salud en el contexto de la pandemia del COVID-19, a fin de plantear una propuesta técnica para el manejo de la salud mental del personal sanitario. En este punto es necesario hacer mención del escaso número de intervenciones planteadas, más allá de tratar de mantener o en menor medida reforzar tratamientos previamente establecidos en salud mental. Esta carencia es altamente notable en países de habla hispana, así como en aquellos no tradicionalmente considerados como potencias económicas.

4.6 Consideraciones éticas

En el desarrollo de la investigación, se consideró la información revisada dentro del principio de beneficencia, orientada en fin último a la posibilidad de aportar potenciales críticas, evaluaciones y observaciones a las acciones desarrolladas por el Sistema Nacional de Salud destinadas a la protección de la salud mental del personal de primera línea en la atención a la pandemia por COVID-19.

La presente investigación, al consistir en una Revisión Sistemática de estudios previos, y tratándose de información generalmente disponible en su publicación original no representó posibles usos antiéticos de localización y consulta de la información pertinente.

La información fue consultada y contrastada únicamente en el contexto detallado, evitando hacer otro tipo de juicios de valor, basados en cualidades propias del país que generó la información, o características étnicas, sociales, económicas, culturales o de otra índole de las poblaciones involucradas.

El planteamiento de posibles estrategias para enfrentar la pandemia o sus repercusiones se hizo sin demeritar los esfuerzos previos o actualizables de otros países que hubieren desarrollado estrategias a la fecha de la consulta de la información pertinente, evitando calificarlos en relación a su grado de éxito o fracaso.

No existieron conflictos de interés de tipo personal, económico, institucional o de otra índole durante el desarrollo de la investigación., se respeta la autoría de los artículos publicados.

CAPÍTULO V

5.1 Resultados

Se llevó a cabo una búsqueda de ordenada y sistemática, utilizando los siguientes motores de búsqueda: *Epistemonikos*, *Pubmed*, *LILACS*, *BRISA-RedETSA*, tanto en idioma español como en inglés. Por motivos de conveniencia, y dado el volumen significativo de información disponible, se decidió limitarla temporalmente hasta el mes de octubre de 2020.

Para ello se contó con dos ecuaciones de búsqueda, según el idioma. Ecuación de búsqueda utilizada en idioma español: *salud mental and personal de salud and covid*. Ecuación de búsqueda utilizada en idioma inglés: *mental health and healthcare workers and covid*. Estos datos fueron ingresados en cada uno de los motores de búsqueda seleccionados, posterior a lo cual se realizó la discriminación de los estudios que aplicaban al tema. El buscador del sitio PubMed brindó la mayoría de resultados, con la siguiente ruta de búsqueda:

[https://search.nih.gov/search?utf8=%E2%9C%93&affiliate=nih-
espanol&query=Mental+health+and+health+are+workers+and+covid&commit=Buscar](https://search.nih.gov/search?utf8=%E2%9C%93&affiliate=nih-
espanol&query=Mental+health+and+health+are+workers+and+covid&commit=Buscar)

De estos resultados, se obtuvo inicialmente la cantidad de 824 artículos que incluían los términos buscados, en el contexto de la pandemia, de estos artículos se eliminaron los duplicados y los que no se relacionaban directamente con el tema, obteniendo un nuevo número de 702; tras su lectura crítica y revisión por pares, se seleccionaron 17 artículos que correspondían a los criterios definidos al inicio metodológico de esta investigación.

5.2 Discusión de resultados

Dentro de los resultados más frecuentemente encontrados puede enumerarse diferentes y heterogéneos efectos en salud mental del trabajador sanitario enfrentado al combate del COVID-19. Diversos autores dados a la tarea de investigar la situación cambiante, necesitada de actualizaciones constantes y en desarrollo pleno y continuo, concluyen de manera mayoritaria en que el trastorno en salud mental de personal médico-hospitalario, administrativo y otros es real, que debe ser reconocido y debe actuarse en concordancia, garantizando no solo a la población en general la atención de posibles efectos en su salud física, emocional y social por parte del COVID-19, sino también la atención integral del

personal dedicado al combate de la pandemia, de forma regional y nacional, según sea el caso.

Desde tiempos anteriores a la pandemia por COVID-19, la salud mental del personal sanitario ha sido reconocida como un aspecto que debe tomarse en cuenta para optimizar la labor clínica-hospitalaria de forma concreta y real. Problemas crónicos como la falta de insumos y medicación adecuada, las largas jornadas de trabajo o las bajas remuneraciones se han puesto en mayor evidencia y han afectado de una forma más directa y significativa al personal que ha debido enfrentarse a una situación emergente y cambiante de impacto internacional, en medio de una situación clínico-asistencial precaria, previamente marcada por amplias desigualdades y escaso reconocimiento pecuniario, social y psicológico.

En el curso de la presente investigación, se encontró inicialmente una cantidad extensa de información, a través de motores de búsqueda. Dado que material nuevo de tipo científico se encontraba en auge a principios de la pandemia, mucho del cual sigue siendo ampliado, corregido y aumentado hasta el momento, debieron tomarse criterios para delimitar concretamente los estudios a ser considerados para su posterior análisis.

Se inició con la búsqueda e identificación de estudios pertinentes al tema. De un total inicial de 824 resultados encontrados con el operador booleano “and”, ligando los múltiples términos referidos al personal de salud, salud mental y contexto de la pandemia actual por COVID-19, se descartaron inicialmente 702 estudios por motivos de repetición en diferentes buscadores, no referencia directa al tema de investigación o encontrarse fuera del período decidido a investigarse (de enero a octubre de 2020).

Tras la realización de la lectura crítica de los 122 estudios pertinentes, se descartaron la mayoría de los provenientes de buscadores específicos como Medscape, LILACS y Epistemonikos, por diversos motivos. Muchos de los resultados obtenidos no ofrecían versiones completas de las investigaciones planteadas, hacían comparaciones de poblaciones diversas con respecto al personal de salud, o comparaban locaciones geográficas dentro de un mismo país, con heterogeneidad de poblaciones y resultados en salud. Asimismo, fue frecuente la aparición de estudios clínicos centrados exclusivamente en síntomas físicos,

diagnósticos clínicos según determinadas pruebas de laboratorio o en aspectos administrativos de diferentes lugares de trabajo.

Finalmente, de los 122 resultados seleccionados, y tras aplicarse los filtros previamente mencionados, se realizó una nueva selección. Esta vez, se discriminaron los estudios que solo ofrecían resultados de forma descriptiva, carente de análisis estadístico significativo. En este caso, fue determinante mencionar que los estudios primarios analizados tenían una marcada naturaleza heterogénea, dado el escaso tiempo para un estudio clínico o seguimiento en el contexto de una pandemia, larga ya en tiempo, pero no lo suficientemente significativa como para sentar precedentes bien diferenciados como enfermedad de alta importancia epidemiológica. En este sentido se encontraron estudios descriptivos, diagnósticos realizados mediante cuestionarios auto-administrados y un número mínimo de estudios de intervención.

Entre las más significativas reacciones emocionales encontradas en el personal de salud se encontraron la presencia de **ansiedad** y **depresión**, identificadas clínicamente con cuestionarios o diagnósticos clínicos estandarizados, así como en menor medida con auto-reportes de su padecimiento. En más de la mitad de los estudios encontrados, ansiedad y depresión se encontraron como los resultados más estadísticamente significativos. Específicamente, la depresión se encontró en 13 de los 17 estudios como primera manifestación de distrés en el personal sanitario, y aparecía entre las primeras 4 causas en otro. En el caso de la ansiedad, se listó como significativo en al menos 10 de los estudios encontrados. En medida subsiguiente de importancia se evidenciaron: **estrés** e **insomnio** como principal representante de los trastornos del sueño siendo las manifestaciones más importantes de distrés en al menos 4 estudios analizados; ninguno de estos cuadros aparecía como descriptor único de trastornos de salud mental. Otros síntomas o cuadros de especial importancia los constituyeron el **trastorno de estrés postraumático**, **somatización**, **sensación de ser estigmatizado**, **despersonalizado** o **segregado**, con una aparición estadísticamente mucho menor que la de los principales hallazgos. En menos de la mitad de todos los estudios se identificaron como las principales alteraciones. En este sentido, es importante mencionar el alto grado de heterogeneidad de los estudios. Entre las variaciones más importantes se encontraron el tipo de estudio realizados, (análisis primarios VS revisiones sistemáticas o meta-análisis), tamaños muestrales diversos y validación

metodológica dispar entre estudios. Asimismo, muchas de las fuentes de información primaria emergieron temporalmente de forma inicial en localidades cercanas al inicio de la pandemia.

Esto planteó dificultades en la interpretación de los casos dentro de poblaciones de países asiáticos en cuanto a su **extrapolación** a países de otros continentes. Asimismo, países de las Américas tradicionalmente han concentrado su producción de literatura científica en los puntos más históricamente relacionados con la investigación desde tiempos pre-pandemia, con contadas excepciones. Es el caso que dentro del continente centroamericano, siguiendo los criterios de búsqueda e inclusión, no se contó con participación significativa en el presente estudio.

PROPUESTA TÉCNICA DE SALUD MENTAL PARA PERSONAL DE SALUD

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) concibe la salud mental como un “estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad”

Los modelos de atención en salud mental han ido evolucionando; primeramente se dirigían hacia la atención psiquiátrica únicamente y con este tipo de enfoque, hacia la hospitalización de las personas con trastornos mentales mayores. De un tiempo a la fecha esta visión ha ido cambiando orientándose hacia la promoción y prevención de situaciones que puedan repercutir en el estado de salud mental del individuo. La aparición de nuevas problemáticas y/o enfermedades como el estrés, desmotivación, la depresión, traumas, alcoholismo, fármaco dependencia, entre otras, han motivado a este cambio de perspectiva.

En El Salvador si bien es cierto, existen leyes, reglamentos, lineamientos, etc. para el manejo de la salud mental, estos van enfocados a la población en general y no al personal de salud que es el directamente relacionado con el manejo de estas personas. Por años ha existido el enfoque de salud para con el paciente, sin pensar que el personal de salud puede en un momento ser visto como paciente, el sistema de salud se ha olvidado de mantener la buena salud principalmente emocional del personal sanitario.

Por ello se considera la creación de un programa que fortalezcan el desarrollo de técnicas que brinden atención al personal de salud; con lo cual se lograría una atención integral y de calidad a cada persona atendida en un sistema de salud tan estresado.

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un programa que favorezca y contribuya a mejorar la salud mental del personal de salud que labora en el contexto de la pandemia por COVID-19.

CONTEXTO

Desde hace algunos años a nivel mundial se ha iniciado el interés por el tema de salud mental, en El Salvador, a partir del año 2000 surgieron propuestas de ley y normativas encaminadas al manejo de salud mental; sin embargo, estas normativas han sido englobadas en el tema de población general. Al llegar el momento de darle importancia al tema de salud mental del personal de salud que día a día se enfrenta a la solución de la problemática de todo usuario del sistema de salud, por lo que es de gran importancia priorizar la atención de dicho personal que garantice el bienestar completo no solo de quien recibe atención sino también de quien brinda estas atenciones en salud. El vacío del sistema de salud a nivel de atención mental ha sido siempre un desafío que se vio mayormente expuesto con el apareamiento de una pandemia enmarcada en inquietud, temor, incertidumbre, etc.

En el marco de la pandemia por COVID-19 se desencadenó inestabilidad ante un futuro incierto que contribuyó a la aparición de enfermedades que afectan la salud mental de las personas, especialmente la del personal de salud que se vio expuesto y directamente en contacto con un virus nuevo, que ocasionaba estragos, no solo en El Salvador sino en el mundo entero. A raíz de esto, el estrés de los sistemas de salud se vio afectado en el desarrollo de esta pandemia y sigue sin cobrar su estado natural o su vuelta a la realidad.

Por esta razón se ve a bien, contribuir a la mejora de la salud mental del personal de salud, a través de la creación y desarrollo de un programa que contribuya, retome, fortalezca y mantenga una buena salud: mental, física, emocional, familiar, laboral, etc., enfocada en el mejor manejo del estrés y situaciones de vulnerabilidad sanitaria, del personal de salud de los diferentes establecimientos que conforman el sistema nacional de salud y que se

relacionan directamente con el manejo y trato de pacientes para brindar atenciones de calidad y calidez que mejore el Sistema de Salud tan cansado con el que se cuenta.

Múltiples investigaciones demostraron la aparición de diferentes alteraciones en salud, contándose como importantes la presencia de depresión, ansiedad y trastornos del sueño, seguidas de otros trastornos como la ira y la sensación de aislamiento o despersonalización. En este contexto, es importante implantar técnicas de diagnóstico auto-aplicadas o siguiendo lineamientos clínicos y formularios establecidos, así como llevar a cabo técnicas de terapia mental basadas en atención plena, auto-ayuda, ludo-terapia y conversatorios con personal destinado a la atención de salud mental, de forma individual o grupal para todo el personal afectado, que así lo requiera. Esto, aunado a la identificación y análisis de cada caso, permitirá abordar cada caso según su propia necesidad.

RECURSOS NECESARIOS

- 1 Psicólogo
- 1 Psiquiatra
- Material Didáctico
- Proyector Visual
- Local

Para este proyecto se esperaría implementar la socialización de las técnicas que prueben ser efectivas en casos particulares, formación de grupos particulares para la realización continua de conversatorios y seguimiento de los diagnósticos realizados. Igualmente, será necesario la implementación grupal de técnicas de relajación, actividad física moderada, mantenimiento continuo de comunicación, socialización de material educativo, entre otros. Asimismo, será necesario reforzar la relación ya existente entre salud mental, enfocada en el contexto de programas ya existentes, y como parte activa de los programas destinados a mejorar la salud ocupacional en diversos niveles del Sistema Nacional de Salud.

PRESUPUESTO

Para este proyecto se visualiza la participación del primer nivel de atención, escogiendo 5 Unidades de Salud al azar, que forman parte de la Región Metropolitana de Salud en las cuales se implementará un plan piloto de inicio y seguimiento de atenciones al personal de

salud durante un periodo de al menos 1 año; se ha calculado un presupuesto aproximado de \$300.00 mensuales por cada establecimiento participante para su sostenimiento durante el primer año, en el segundo año la sostenibilidad deberá garantizarse con los recursos a nivel de cada establecimiento y/o coordinado con autoridad gubernamentales.

Este presupuesto cubre el pago de una sesión mensual de psiquiatra o psicólogo para el personal de salud, material didáctico necesario para la ejecución de las sesiones, elaboración y aplicación de listas de chequeo y otras técnicas enfocadas pero no limitadas al diagnóstico de ansiedad, depresión y trastornos del sueño, entre otros. El análisis de la efectividad del programa, así como los ajustes presupuestarios y de recurso humano deberá enmarcarse dentro de un esfuerzo y evaluación institucional plena.

CAPÍTULO VI

6.1 Conclusiones

- Se evidencian estados patológicos reconocidos y tratables como reacciones emocionales directamente provocados por la situación cambiante de los esquemas de atención en salud, debido a la pandemia por COVID-19.
- Existen factores de riesgo de diversa índole socio-demográfica, cultural, educativa y estructural, entre otras, igualmente identificables y sobre los que puede incidirse, al menos parcialmente, para lograr un mejor control del estado basal de salud mental en el personal sanitario.
- Las estrategias de intervención basadas en atención integral, y acceso a soporte psicológico formal demostraron mejores resultados que otras intervenciones, o la ausencia de las mismas.

6.2 Recomendaciones

- Crear programas para la atención en la salud mental, auto-cuido y salud ocupacional del personal de salud, basados en atención plena en el sitio de trabajo, identificación y seguimiento diagnóstico y clínico de problemas mentales de tipo agudo e hiper-agudo, los cuales, según se ha evidenciado, tienen el potencial de influir positivamente en el estado general de adaptación y resiliencia del personal de salud.
- Fortalecer desde un punto de vista real, apoyados en datos epidemiológicos y estudios concretos, los servicios a la salud mental con que se cuenta actualmente, tales como los programas de atención plena, asistencia a distancia de tipo psicológica, entrevistas con profesionales de la salud mental, grupos de apoyo al personal de salud entre otros, superando su actual alcance en número y efectividad de estrategias.
- Realizar de forma periódica análisis e intervenciones en el personal sanitario, que vayan más allá de la mera toma de exámenes de laboratorio o pruebas destinadas a descartar enfermedades físicas o afecciones concomitantes.
- Destinar una parte significativa del recurso a salud ocupacional para el personal de salud bajo el enfoque integral, bio-psico-social, que necesitará apoyo psicológico de forma certera en algún punto de su historia laboral.
- Establecer sistemas de control y ajuste a nivel ministerial y local que permitan evaluar la efectividad de los nuevos esfuerzos destinados a la lucha contra la enfermedad mental y al sostenimiento de un estado basal funcional, independiente de la inversión económica realizada.

Fuentes de información

1. Política Nacional de Salud Mental. San Salvador, El Salvador: Ministerio de Salud; 2018.
2. Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos para la atención clínica de personas con COVID-19. San Salvador; 2020.
3. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Recomendaciones clínicas para la prevención y manejo de problemas de salud mental en personal de salud en el marco de la pandemia por COVID-19. Lima: EsSalud. 2020.
4. Manejo del estrés: Talento humano en salud. Ministerio de Salud El Salvador. 2016. Sitio:
https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/seguridad_ocupacional_2016_presentaciones/presentacion09082016/MANEJO-DEL-ESTRES-TALENTO-HUMANO-EN-SALUD.pdf
5. La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia. (2020). Organización Panamericana de la Salud. Sitio:
https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10436:la-oms-caracteriza-a-covid-19-como-una-pandemia&Itemid=226
6. COVID-19 y vulnerabilidad: Una mirada desde la pobreza multidimensional en El Salvador. San Salvador: Metzi Rosales Martel. Sitio:
https://www.undp.org/content/dam/el_salvador/docs/povred/Covid19%20y%20vulnerabilidad%20-Final.pdf
7. Beker V. El impacto del Covid-19 en la economía global. CENE - Centro de Estudios de la Nueva Economía. Sitio:
<http://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/8929>

8. Pisula P. Nuevas guías internacionales basadas en la evidencia para el tratamiento de pacientes con COVID-19. Argentina: Ministerio de Salud; 2020 Sitio:
<http://evidencia.org/index.php/Evidencia/article/view/6859>
9. Munevar D. COVID-19, deuda pública y sistemas de salud en el sur global. European Network On Debt And Development. 2020. Sitio:
https://eurodad.org/covid19_deuda1
10. Espinosa E. Marco Ético Pandemia COVID-19, 2020 Sitio:
http://umucebes.es/wp-content/uploads/2020/03/Marco_etico_coronavirus.pdf
11. Coronavirus en Centroamérica: récord de casos y muertes en una semana. Forbes Centroamérica. 2020. Sitio:
<https://forbescentroamerica.com/2020/06/14/coronavirus-en-centroamerica-record-de-casos-y-muertes-en-una-semana>
12. Actualización Epidemiológica Nuevo coronavirus (2019- nCoV). 2020. Sitio:
<https://www.paho.org/es/file/58298/download?token=VbunRrIR>
13. COVID-19 y tu salud mental. Mayo Clinic. 2020. Sitio:
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/coronavirus/in-depth/mental-health-covid-19/art-20482731>
14. Salud Mental y COVID-19. Organización Panamericana de la Salud. 2020. Sitio:
<https://www.paho.org/es/salud-mental-covid-19>
15. Salud Mental. Organización Mundial de la Salud. 2020. Sitio:
<https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>
16. Salud Mental. Medline Plus. 2020. Sitio:
<https://medlineplus.gov/spanish/mentalhealth.html>

17. Los distintos tipos de estrés. American Psychological Association. 2020. Sitio:
<https://www.apa.org/centrodeapoyo/tipos>
18. Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). Organización Mundial de la Salud. 2020. Sitio:
<https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
19. Ricci-Cabello I. Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: A rapid systematic review. 2020. Sitio:
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.02.20048892v1>
20. Codificación del COVID-19 con la CIE-10. 2020.Sitio:
https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_docman&view=download&alias=468-covid-cie-codigos-2020-03-25-espanol&category_slug=documentos&Itemid=624
21. Diccionario de la Lengua Española. 2020. Sitio:
<https://dle.rae.es/>
22. La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia. Organización Panamericana de la Salud - Argentina. 2020. Sitio:
https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10436:la-oms-caracteriza-a-covid-19-como-una-pandemia&Itemid=226
23. Bowler T. Ni China, ni Rusia, ni Estados Unidos: ¿quiénes lideran la nueva y feroz carrera espacial?. BBC News Mundo. 2017. Sitio:
<https://www.bbc.com/mundo/noticias-41374798>

24. Tzili Apango E. Tensiones entre China, Corea del Norte y Estados Unidos a inicios de la administración Trump. Estudios de Asia y África. 2018. Sitio:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-654X2018000200421&script=sci_arttext&tlng=en
25. Sánchez Mugica A. El orden mundial y la reconfiguración hegemónica en el siglo XXI. Revista mexicana de ciencias políticas y sociales. 2018. Sitio:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-19182018000200365
26. Alsina Calvés J. Consecuencias geopolíticas de la crisis del coronavirus. El Catoblepas, revista crítica del presente. 2020. Sitio:
<http://www.nodulo.org/ec/2020/n191p41.htm>
27. Las noticias falsas aumentan la ansiedad y el miedo en las personas. Noticias de El Salvador. 2020. Sitio:
<https://www.eltiempo.com/cultura/gente/coronavirus-impacto-de-las-noticias-falsas-en-la-salud-mental-475424>
28. Coronavirus en perros y gatos. Intramed. 2020. Sitio:
<https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=96137>
29. Hernández E. Más de 2,000 empleados de gobierno infectados de COVID-19. Estas son las instituciones con casos. El Diario de Hoy. Noticias de El Salvador. 2020. Sitio:
<https://www.elsalvador.com/eldiariodehoy/empleados-gobierno-infectados-covid-19/725246/2020/>

ANEXOS

Anexo 1: Bitácora de búsqueda de la información

<i>Motor de búsqueda</i>	<i>Fecha</i>	<i>Ecuación</i>	<i>Número de resultados</i>	<i>Resultados más relevantes</i>
espanol.medscape.com	24/10/2020	salud mental and personal de salud and covid	174	9
lilacs.bvsalud.org/es	24/10/2020	salud mental and personal de salud and covid	28	9
epistemonikos.org/es	24/10/2020	salud mental and personal de salud and covid	5	0
pubmed.ncbi.nlm.nih.gov	24/10/2020	salud mental and personal de salud and covid	4	1
espanol.medscape.com	24/10/2020	mental health and healthcare workers and covid	2	0
lilacs.bvsalud.org/es	25/10/2020	mental health and healthcare workers and covid	19	0
epistemonikos.org/es	25/10/2020	mental health and healthcare workers and covid	149	33
pubmed.ncbi.nlm.nih.gov	25/10/2020	mental health and healthcare workers and covid	443	70
TOTAL			824	122

Anexo 2: Matriz de Sistematización

CATEGORÍA DE RESULTADOS	UN PROGRAMA DE "ATENCIÓN PLENA EN EL TRABAJO" REDUCE LOS NIVELES DE ESTRÉS EN PERSONAL SANITARIO (Medscape)	IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA COVID-19 EN UNA MUESTRA DE PROFESIONALES SANITARIOS ESPAÑOLES	IMPACTO DE LOS SÍNDROMES POR CORONAVIRUS EN LA SALUD FÍSICA Y MENTAL DEL PERSONAL DE SALUD: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS	PREVALENCIA Y FACTORES INFLUYENTES EN LA ANSIEDAD DEL PERSONAL DE SALUD QUE COMBATEN COVID-19 EN CHINA. UNA ENCUESTA TRANSVERSAL	IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN PERSONAL DE SALUD: UN ESTUDIO TRANSVERSAL EN CHINA
OBJETIVO/ORIGEN	espanol.medscape.com	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
Principales reacciones emocionales frente al cambio de la rutina clínica diaria del personal de salud involucrado en la atención directa de pacientes	Los participantes fueron aleatoriamente elegidos para recibir Entrenamiento de Autocuidado basado en la atención plena, mindfulness-based self-care (MBSC) vs grupo de control que continuó con su vida usual, sin tratamiento. De los 82 participantes aleatorios, 78 que completaron el estudio hasta la semana 5 (final de la intervención) fueron incluidos en el análisis de intento de tratamiento (media [rango intercuartil] edad, 32 [23-48] años; 65 [83%] mujeres), incluyendo 43 participantes en el grupo MBSC y 35 participantes en el grupo control.	El 46.7% de los participantes indicaron sufrir estrés, el 37% ansiedad, el 27.4% depresión y el 28.9% problemas de sueño. En cuanto a las diferencias por sexo, las mujeres mostraron mayores niveles de ansiedad [t (419)= 2.66, p = 0.008] y estrés [t (419)= 2.21, p = 0.027]. En cuanto a la edad, fueron los mayores de 36 años los que mostraron en mayor medida estrés (32.1%), ansiedad (25.3%), insomnio (21%) y depresión (19.5%).	Se encontraron 115 artículos (n=60458 trabajadores en salud, edad 36.1±7.1, 77.1% femeninos). Efectos sobre la salud física: 75.9% trabajadores en salud infectados por SARS/MERS/COVID-19 reportaron fiebre (95% IC=65.9-83.7%, k=12, n=949), 47.9% tos(95% IC=39.2-56.8%, k=14, n=970), 43.6% mialgias (95% IC=31.9-56.0%, k=13, n=898), 42.3% escalofríos (95% IC=20.2-67.9%, k=7, n=716), 41.2% fatiga (95% IC=18.2-68.8%, k=6, n=386), 34.6% cefaleas (95% IC=23.1-48.2%, k=11, n=893), 31.2% disnea(95% IC=23.2-40.5%, k=12, n=1003), 25.3% disfgia	De 512 trabajadores de salud en China, 164 (32.03%) tuvieron contacto directo tratando pacientes infectados. La prevalencia de ansiedad fue de 12.5%, con 53 trabajadores sufriendola en grado leve (10.35%), 7 en grado moderado (1.36%) y 4 sufriendo de ansiedad severa (0.78%). Tras realizar ajuste del análisis para características sociodemográficas (género, edad, educación y estado marital), los trabajadores de salud que habían tenido contacto directo con pacientes infectados experimentaron mayores niveles de ansiedad. La misma tendencia se	Con respecto a ansiedad 46.04% del personal de salud entrevistado presentó puntajes en la Escala de Ansiedad Generalizada, Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) ≥5, incluyendo un 34.44% que presentó ansiedad leve y un 11.60% con ansiedad de moderada a severa. La más alta prevalencia de síntomas de ansiedad se observó en enfermeras (51.44%). La prevalencia más baja de síntomas de ansiedad se observó en residentes de medicina (38.99%). Para el caso de depresión, 44.37% del personal de salud tenía puntajes ≥5 en el Cuestionario de Nueve Ítems para la Salud

			<p>(95% IC=18.8-33.2%, k=8, n=747), 22.2% náusea/vómito (95% IC=14.9-31.8%, k=6, n=662), 18.8% diarrea (95% IC=11.9-28.4%, k=9, n=824). Efectos sobre la salud mental: 62.5% de trabajadores en salud expuestos a SARS/MERS/COVID-19 reportaron inquietudes generales por su salud (95% IC=57.0-67,8%, k=2, n=2254), 43.7% temor(95% IC=33.9-54.0%, k=4, n=584), 37.9% insomnio (95% IC=30.9-45.5%, k=6, n=5067), 37.8% distrés psicológico (95% IC=28.4-48.2%, k=15, n=24,346), 34.4% agotamiento (95% IC=19.3-53.5%, k=3, n=1337), 29.0% características de ansiedad (95% IC=14.2-50.3%, k=6, n=9191), 26.3% síntomas depresivos (95% IC=12.5-47.1%, k=8, n=9893), 20.7% características de trastorno de estrés postraumático (95% IC=13.2-31%, k=11, n=3826), 16.1%</p>	<p>observó con el personal médico de la provincia de Hubei, comparándola con otras partes de China. La variable más importante fueron los casos sospechosos de ansiedad, según puntajes en las escalas clínicas</p>	<p>General del Paciente, Nine-Item Patient Health Questionnaire (PHQ-9), incluyendo 31.55% con depresión leve y un 12.82% con depresión de moderada a severa. La prevalencia más alta de síntomas depresivos se observó en profesionales de la salud pública (48.80%), y la prevalencia más baja de síntomas depresivos se observó en residentes médicos (40.53%). Para el insomnio, 28.75% del personal de salud presentó una puntuación del Índice de Severidad de Insomnio, Insomnia Severity Index (ISI) ≥ 8, incluyendo 21.97% con valores por debajo del umbral de insomnio y 6.78% con insomnio de moderado a severo. La más alta prevalencia de síntomas de insomnio se observó en enfermeras (33.17%). La prevalencia más baja de síntomas de insomnio se observó en residentes médicos (24.53%). Con respecto a los problemas</p>
--	--	--	--	---	---

			somatización (95% IC=0.2-96.0%, k=2, n=2184), 14.0% sensación de ser estigmatizados(95% IC=6.4-28.1%, k=2, n=411).		psicológicos generalizados, 56.59% del personal de salud presentó síntomas de ansiedad, depresión o insomnio, incluyendo 38.47% con síntomas leves y 18.12% con síntomas de moderados a severos. La mayor prevalencia de problemas psicológicos generalizados se observó en profesionales de la salud pública (62.40%), mientras que la menor prevalencia de síntomas de insomnio se observó en residentes médicos (50.82%).
Determinar los principales factores de alteración en la salud mental presentes en el personal de salud, ante el seguimiento clínico y tratamiento de los pacientes con diagnóstico presuntivo y confirmado de COVID-19.	Al final de la intervención, comparado contra el grupo control, el grupo MBSC tuvo niveles reducidos de estrés (valores de media [DS]) 17.29 [5.84] vs 18.54 [6.30]; P = 0.02) y ansiedad (valores de media [DS]) 2.58 [1.52] vs 4.23 [1.73]; P < 0.001) y afecto positivo mejorado (valores de media [DS]) 35.69 [7.12] vs 31.42 [7.27]; P < 0.001), estado de bienestar (valores de	En lo referido a los datos recogidos en el cuestionario ad hoc, el 72.2% de la muestra (n=298) señaló que no convivía con una persona con enfermedad crónica. El 71.5% (n=292) sí había tenido contacto con personas infectadas por el COVID-19, y el 44.4% (n=183) indicó que sentía miedo al contagio. Finalmente, el 88.4% (n=360) percibían que la población estaba		Haber tenido contacto directo con pacientes afectados por COVID-19, ser miembro del personal de salud en la provincia de Hubei, ser considerado previamente un caso sospechoso de ansiedad. Otros factores independientes para ansiedad después de hacer ajustes para género, edad, nivel educativo y estado marital	La práctica regular de ejercicio físico (OR=0.62, 95% IC=0.48 a 0.80) fue un factor de protección frente a trastornos psicológicos. Sin embargo, el alcoholismo (OR=2.06, 95% IC=1.26 a 3.36), prestar atención a información neutral acerca de la pandemia (OR=1.41, 95% IC=1.21 a 1.78), prestar atención a información negativa acerca de la pandemia (OR=1.81, 95% IC=1.11 a

	<p>media [DS]) 3.74 [1.18] vs 2.78 [1.16]; $P < 0.001$), y auto-cuidado integral (valores de media [DS]) 7.29 [2.44] vs 5.54 [2.77]; $P < 0.001$). Los niveles de agotamiento, el afecto negativo y rangos de atención plena no variaron entre ambos grupos.</p>	<p>respetando las normas de confinamiento. El personal sanitario que vive acompañado de una persona con una enfermedad crónica tiene mayores niveles de ansiedad [$F(1,404) = 4.46, P = 0.028, \eta^2 = 0.013$], e insomnio [$F(1,404) = 4.40, P = 0.037, \eta^2 = 0.011$], si bien el tamaño del efecto es pequeño. Por otro lado, aquellas personas que han estado en contacto con personas infectadas por el COVID-19 muestran mayores niveles de ansiedad [$F(4,404) = 7.52, P = 0.06, \eta^2 = 0.019$], estrés [$F(1,404) = 6.93, P = 0.009, \eta^2 = 0.018$] e insomnio [$F(4,404) = 4.83, P = 0.029, \eta^2 = 0.012$]. Las personas que respondieron sentir miedo en su trabajo fueron también las que mayores niveles de depresión, ansiedad, y estrés presentaban, siendo el estrés la variable dependiente con mayor tamaño del efecto, [$F(1,404) = 23.21, P = 0.001, \eta^2 = 0.057$], seguido de</p>			<p>2.94), recibir retroalimentación negativa de amigos y familiares que se hubieran unido a la primera línea de trabajo (OR=2.38, 95% IC=1.46 a 3.87), integrarse personalmente a primera línea (OR=1.85, 95% IC=1.35 a 2.54), no desear integrarse a primera línea si podía evitarse (OR=2.36, 95% IC=1.44 a 3.85) y no estar seguro de integrarse a primera línea si podía evitarse (OR=1.49, 95% IC=1.15 a 1.93) fueron factores que se asociaron de forma independiente con un riesgo incrementado de trastornos psicológicos.</p>
--	--	---	--	--	--

		<p>ansiedad, [F (1,404) =15.12, P=0.001, n2=0.038] y depresión, [F (1,404)=13.29, P=0.001, n2=0.034]. Por último, los y las profesionales que perciben que en general la población no está respetando las medidas que se han impuesto respecto al confinamiento son las que presentaron mayores niveles de depresión [F (1,404) =17.37, P=0.001, n2=0.041], ansiedad [F (1,404) =21.08, P=0.001, n2=0.049], estrés [F (1,404) =20.65, P=0.001, n2=0.048] e insomnio [F (1,404) =7.93, P=0.001, n2=0.019], todas ellas con una magnitud intermedia del efecto, excepto el insomnio que muestra una magnitud pequeña. Asimismo, se halló que las personas que han estado en contacto con personas infectadas por el COVID-19 y que conviven con un enfermo crónico muestran mayores niveles de estrés [F (1,402) =8.40, P=0.004, n2=0.022], con</p>			
--	--	---	--	--	--

		un tamaño del efecto pequeño.			
Intervenciones para el manejo de la salud mental del personal sanitario	<p>Los cambios dentro del grupo MBSC durante el período de seguimiento incluyeron reducciones permanentes de estrés (cambio, -6.14; 95% IC, -7.84 a -4.44; $P < 0.001$) ansiedad (cambio, -1.46; 95% IC, -1.97 a -0.94; $P < 0.001$), rasgo de atención plena (cambio, 0.63; 95% IC, 0.36 a 0.90; $P < 0.001$), y estado de bienestar (cambio, 1.89; 95% IC, 1.39 a 2.39; $P < 0.001$). Al calcular la fuerza de asociación estadística de ambos grupos, se obtiene, para un IC 95%, un resultado de 0.207, lo que implica que la asociación es real, que no sería fácilmente replicable en otros grupos que no contaran con la presencia de la terapia VS su ausencia, lo que sugiere un gran tamaño de efecto.</p>				

CATEGORÍA DE RESULTADOS	IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN TRABAJADORES DE SALUD EN SINGAPUR	IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE RESPUESTA DE SOPORTE EMOCIONAL Y SALUD MENTAL PARA EL PERSONAL DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19	SÍNTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO, ANSIEDAD, DEPRESIÓN, NIVELES DE RESILIENCIA Y AGOTAMIENTO EN PERSONAL DE SALUD ESPAÑOL DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19	FACTORES PERSONALES Y DEL ENTORNO LABORAL ASOCIADOS CON EL BIENESTAR MENTAL DURANTE LA RESPUESTA A COVID-19: ENCUESTA DE PERSONAL DE SALUD Y OTROS TRABAJADORES	TRASTORNOS DEL SUEÑO EN EL PERSONAL DE SALUD DURANTE EL BROTE DE COVID-2019
OBJETIVO/ORIGEN	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
Principales reacciones emocionales frente al cambio de la rutina clínica diaria del personal de salud involucrado en la atención directa de pacientes	De 500 miembros del personal de salud, participaron 470 (94%) en el estudio. 68 participantes (14.5%) resultaron positivos para ansiedad, 42 (8.9%) para depresión, 31 (6.6%) para estrés, y 36 (7.7%) para riesgo valorable de trastorno de estrés postraumático (TEPT). La prevalencia de ansiedad fue mayor entre el personal no-médico que en el personal médico de todos los empleados (20.7% vs 10.8%; ratio de prevalencia ajustada, 1.85 [95% IC=1.15 a 2.99]; P=0.011), tras el ajuste para edad sexo, etnia, estatus marital, fecha de finalización de la encuesta y presencia de co-		La muestra incluía 1539 sujetos, reclutados por muestreo no probabilístico. Como criterio de inclusión, los participantes debían estar en contacto con pacientes afectados por COVID-19, 117 participantes fueron eliminados por no tener este contacto. La muestra del estudio fue de 1228 mujeres (86.4%) y 194 hombres (13.6%). La edad promedio fue de 43.88 (DS=10.82, con un rango entre 19 y 68 años). El análisis se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS. Se analizó la proporción de casos con síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT), ansiedad, depresión y agotamiento,	34% del personal de la facultad y 14% de todo el staff proveían cuidados clínicos mientras que el 61% de la facultad y 77% del staff trabajaban desde casa. Entre todos los trabajadores, la ansiedad (95%), depresión y agotamiento laboral se asociaron independientemente con la exposición clínica o comunitaria a COVID-19.	En total, 47 de 123 participantes con puntajes de Índice de Pittsburgh de Calidad del Sueño, Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) mayores a 7 reportaron padecer de un trastorno del sueño. En términos de estrés psicológico, el puntaje SAS promedio de todos los sujetos de investigación fue 34.44 ± 7.21 , y nueve sujetos (7%) tuvieron puntajes SAS ≥ 50 , mientras que el puntaje SDS promedio fue 45.67 ± 8.67 , y 31 sujetos (25%) tuvieron Puntuaciones SDS ≥ 50 . Estos resultados sugieren que la alteración del sueño se asoció con

	<p>mórbidos. De forma similar, un promedio mayor de puntuaciones en las sub-escalas de ansiedad y estrés de DASS-21 y mayores puntuaciones totales de IES-R se observaron en personal no médico.</p>		<p>así como la resiliencia como factor de protección. Se realizó análisis descriptivo (frecuencia, media, desviación estándar). Se utilizaron ecuaciones de regresión lineal para evaluar la relación entre cada una de las variables (demográficas, laborales, COVID-19, agotamiento y resiliencia) respecto a los síntomas (TEPT, ansiedad, depresión), utilizando el valor de R² y el coeficiente estandarizado β para calcular el impacto del TEPT, ansiedad y depresión en cada una de las variables. Finalmente, se utilizaron modelos de regresión lineal para evaluar cuáles variables (demográficas, trabajo, COVID-19, agotamiento y resiliencia) estaban relacionadas con síntomas de TEPT, ansiedad y depresión. El modelo para síntomas de TEPT fue significativo, explicando el 39.6% de la varianza (F(17, 1405)=54,022, P< 0.001). También fue significativo</p>	<p>ansiedad y depresión (P <0.05)</p>
--	--	--	---	--

			<p>para los síntomas de ansiedad, explicando el 40.2% de la varianza ($F(12, 1412) = 78.593, P < 0.001$). En cuanto al modelo de depresión, fue significativo, explicando el 39.3% de la varianza ($F(14, 1408) = 64.932, P < 0.001$). Las variables comunes a los tres modelos fueron la fatiga emocional, despersonalización, resiliencia, género y preocupación porque algún miembro de la unidad familiar pudiera infectarse.</p>		
<p>Determinar los principales factores de alteración en la salud mental presentes en el personal de salud, ante el seguimiento clínico y tratamiento de los pacientes con diagnóstico presuntivo y confirmado de COVID-19.</p>	<p>Se encontraron valores promedio menores en las escalas DASS-21 y IES-R comparados con publicaciones científicas anteriores en caso de brotes previos a gran escala, como el Síndrome Agudo Respiratorio Severo (SARS). Valores de hasta tres veces más altos en trastorno de estrés postraumático se encontraron en estudios anteriores, lo que podría estar relacionado con</p>	<p>Contacto directo con pacientes afectados por COVID-19, posibilidad de diseminación de la enfermedad a familia y colegas, falta de equipo adecuado de protección personal, necesidad de adecuarse a su uso correcto, posibilidad de enfermar o morir</p>	<p>El perfil de un trabajador sanitario con síntomas importantes de estrés postraumático incluían ser parte de la Comunidad Autónoma de Madrid, ser empleado hospitalario, sexo femenino, sentirse preocupado por la posibilidad de infección de una persona con la que vive, sentirse en alto riesgo de infectarse. Las variables de riesgo identificadas para</p>	<p>Un pobre apoyo de tipo familiar o profesional también se asoció con estos resultados: ansiedad (ratio de prevalencia 1.40, 95% IC=1.21-1.62), depresión (ratio de prevalencia 1.69, 95% IC=1.48-1.92, y agotamiento laboral (ratio de prevalencia 1.54, 95% IC=1.44-1.64, respectivamente). La edad <40 años y un mayor número de estresores familiares</p>	<p>Un análisis de regresión logística mostró que los trastornos del sueño estaban independientemente asociados con: ser hijo único (OR ajustado e IC 95% 3.40 (1.21-9.57), $P < 0.05$), el contacto con pacientes COVID-19 (OR ajustado e IC 95% 2.97 (1.08-8.18), $P < 0,05$) y la depresión (OR ajustado e IC 95% 2.83 (1.10-7.27), $P < 0,05$)</p>

	<p>mayor preparación mental y mejores medidas de control de infección respiratoria, implementados en Singapur tras experimentar SARS. Personal de otras áreas, no médicas, presentaba mayores niveles de ansiedad, como en el caso de enfermería, lo que podría estar ligado a contar con menor soporte psicológico, menos conocimiento médico de primera mano acerca del brote y contar con un entrenamiento menos intensivo en cuanto a uso de Equipo de Protección Personal y medidas de control de infección en el país</p>		<p>ansiedad y depresión fueron ser del sexo femenino, trabajar en turnos desde 12 a 24 horas, y presentar preocupación por la posibilidad de infección de un miembro de su grupo familiar. Puntuaciones altas para agotamiento emocional y despersonalización fueron factores de riesgo identificados para salud mental, con la resiliencia y el desempeño personal satisfactorio como factores de protección</p>	<p>también se asociaron a peores resultados. Entre la sub-población que brindaba atención clínica, atender directamente a pacientes afectados por COVID-19 y trabajar en ambientes de alto riesgo clínico constituyeron factores adicionales de riesgo.</p>	
<p>Intervenciones para el manejo de la salud mental del personal sanitario</p>		<p>Implementación del modelo de tres niveles para la salud mental en intervención de desastres recomendado por la Academia Nacional de Medicina, representado como una pirámide de tres niveles. El primero ocupaba el nivel más bajo y concentró soporte</p>			

		<p>práctico y educativo. El segundo nivel brindó apoyo en áreas de identificación de personal en riesgo psicológico y apoyo emocional para unidades o departamentos de alto riesgo. El tercer nivel se encargó de brindar servicios individuales en salud mental al personal de salud que los necesitaban, así como a sus familias inmediatas.</p>			
--	--	--	--	--	--

CATEGORIA DE RESULTADOS	ESTADO PSICOLÓGICO DEL PERSONAL DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19	IMPACTO EMOCIONAL DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LOS TRABAJADORES SANITARIOS DE UNO DE LOS FOCOS DE CONTAGIO MÁS IMPORTANTES DE EUROPA	SÍNTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PERSONAL DE SALUD DURANTE LA ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS 2019	IMPACTO PSICOLÓGICO DEL BROTE DE NUEVO CORONAVIRUS 2019 (NCOV-2019) EN EL PERSONAL DE SALUD EN CHINA	SALUD MENTAL EN PERSONAL DE SALUD DE PRIMERA LÍNEA DURANTE LA EPIDEMIA DE ENFERMEDAD POR NUEVO CORONAVIRUS 2019: UNA COMPARACIÓN CON LA POBLACIÓN GENERAL
OBJETIVO/ORIGEN	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
Principales reacciones emocionales frente al cambio de la rutina clínica diaria del personal de salud involucrado en la atención directa de pacientes	Riesgo de infección debido a prácticas profesionales, ansiedad, depresión y otras alteraciones psicológicas	Se utilizó el DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales), la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) y la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) para valorar sintomatología ansiosa y depresiva. Se elaboró también un cuestionario ad-hoc para la evaluación de Trastorno de Estrés Agudo (TEA). Para el análisis descriptivo se reportó el número y la frecuencia para las variables categoriales, así como la media y la desviación estándar para las variables continuas. Para las medidas de malestar psicológico y síntomas, se calculó la	Participó un total de 371 trabajadores de salud, con 143 (38.5%) hombres y 228 (61.5%) mujeres. El 96.8% no laboró en la provincia de Wuhan, 245 miembros del personal (66%) de la cohorte se mantuvieron en cuarentena en sus hogares, mientras que 126 (34%) se desempeñaban en primera línea. La frecuencia de contacto con pacientes afectados por COVID-19 en el trabajo diario representó el nivel de exposición: 288 (77.6%), 71 (19.1%) y 12 (3.2%) trabajadores en salud pertenecían a grupos de baja, moderada y alta	Se utilizaron el Cuestionario de Impacto para nCov-2019 y la escala de Impacto de Eventos, Impact of Event Scale (IES) para medir el estado psicológico de los trabajadores de salud en China. Se recolectaron 442 datos válidos. Participaron 74 (16.7%) hombres y 368 (83.3%) mujeres. La puntuación promedio en la dimensión de hiperestimulación fue de 5.15 (s.d. = 4.71), y la puntuación media fue de 4.0 (IQR 2.0, 7.0)	En general, un 30.43%, 20.29%, y 14.49% del personal de salud de primera línea en la provincia de Hubei y un 23.13%, 13.14%, y 10.64% de personal de salud de primera línea en otras regiones reportaron síntomas de depresión, ansiedad e insomnio, respectivamente. Además, 23.33%, 16.67%, y 6.67% de la población general de la provincia de Hubei, y 18.25%, 9.22%, y 7.17% de la población general de otras regiones reportaron síntomas de depresión, ansiedad e insomnio respectivamente. Se

		<p>frecuencia de casos con una escala de severidad. En el caso de la HARS se calculó el porcentaje de casos con síntomas de ansiedad (≥ 6) y de ansiedad moderada a grave (≥ 15). En el caso de la MADRS se calculó el porcentaje de casos con síntomas de depresión (≥ 7) de moderada a grave (≥ 20). Para el cuestionario de TEA, se calculó el porcentaje de casos con más de 9 síntomas positivos. Debido a que todos los instrumentos se administraron de manera auto-reportada, se analizó la relación de cada uno de ellos con la puntuación total del DASS-21. Los participantes fueron mayoritariamente mujeres (73.6%), con un rango de edad de 18 a 64 años, con una edad media de 39.83 ± 11 años para mujeres y 41.24 ± 12.5 años para hombres (1392)=1.16; $p=0.28$). Las medidas utilizadas para valorar los</p>	<p>exposición, respectivamente. 14 de 371 (3.8%) trabajadores en salud tuvo una puntuación de PCL-5>33, lo que indica diagnóstico de TEPT de acuerdo al criterio de estudio. Los síntomas intrusivos fueron más comunes un mes después de la epidemia inicial, con una tasa de positividad de 44.5% comparada con otros síntomas de TEPT. El sexo femenino fue más vulnerable a síntomas de TEPT y mostraron síntomas intrusivos significativamente mayores que el sexo masculino, con un ratio de riesgo de 2.136 (IC 95%=1.388 – 3.286; $p=0.010$). Además, el personal de salud con mayores niveles de exposición tuvo también síntomas de hiperestimulación. El personal destacado en Wuhan tuvo más de cuatro veces el riesgo de mostrar síntomas de hiperestimulación (ratio de riesgo=4.026, IC</p>		<p>encontró mayor resiliencia por parte del personal de salud fuera de la provincia de Hubei</p>
--	--	--	--	--	--

		<p>síntomas de ansiedad, depresión y estrés agudo (HARS, MADRS y listado de síntomas de TEA) mostraron correlaciones elevadas con la puntuación total del DASS-21 ($r=0.83$; $r=0.79$; $r=0.79$, respectivamente; todas con un nivel de significancia estadística de $p<0.001$). El nivel de malestar emocional fue más severo en mujeres: puntuaciones del DASS-21 en las trabajadoras (3.39 ± 1.55; 2.58 ± 1.54; $F(392.1)=20.69$; $p<0.001$). De los 395 participantes en el estudio, el 71.6% ($n=287$) de ellos presentaron síntomas de ansiedad, de los cuales el 31.4% ($n=126$) tuvo ansiedad de intensidad moderada a grave según la HARS. En cuanto a los síntomas depresivos evaluados con la MADRS, el 60.3% ($n=242$) de los participantes reportaron síntomas de depresión, de los cuales el 12.2% ($n=49$) mostró puntuaciones</p>	<p>95%=1.233–13.140; $p=0.021$). La calidad del sueño se evaluó con cuatro preguntas, incluyendo la satisfacción de sueño, trastornos del sueño, latencia del sueño y duración del mismo. 2.7% del personal de salud tuvo puntajes de 'muy malo' en cuanto a satisfacción, 11.3% reportaron trastornos frecuentes del sueño, 6.7% manifestó dificultades para quedarse dormido, y 6.2% dormía menos de 6 horas por noche. Por tanto, los trastornos del sueño fueron los más frecuentes. El personal de salud con mayor nivel de exposición tuvo más trastornos del sueño y mayor latencia, indicando una peor calidad de la calidad del sueño que aquellos que tuvieron menos exposición. El personal de salud se catalogó en dos grupos según su puntuación total de PCL-5 y la presencia de síntomas de TEPT. Existió</p>		
--	--	---	---	--	--

		<p>compatibles con depresión moderada a grave, y el 48.1% de depresión leve, (n=193). El 14.5% (n=59) presentaron síntomas de TEA según la lista de síntomas. Los participantes mostraron diferentes niveles de malestar psicológico en función de su categoría profesional. Los trabajadores no sanitarios mostraron mayores puntuaciones en el DASS-21, seguido por el grupo de trabajadores clínicos.</p>	<p>una diferencia significativa en los dos grupos ($z=6.014$, $p<0.001$) y entre diferentes grupos con diferencia de contacto ($\chi^2=7.307$, $p=0.026$). El personal de salud con síntomas de TEPT tuvo una peor calidad de sueño en general. En el grupo con síntomas de estrés postraumático no hubo diferencia significativa en la calidad de sueño del personal de salud con diferentes niveles de exposición ($\chi^2=0.391$, $p=0.823$). Sin embargo, en el grupo sin síntomas de TEPT, el mayor nivel de exposición parecía relacionarse con peor calidad de sueño aunque la diferencia no fuera significativa ($\chi^2=5.519$, $p=0.063$). Por tanto no existió un efecto de interacción significativa entre el nivel de exposición y la calidad del sueño en el</p>		
--	--	--	---	--	--

			diagnóstico potencial de TEPT.		
Determinar los principales factores de alteración en la salud mental presentes en el personal de salud, ante el seguimiento clínico y tratamiento de los pacientes con diagnóstico presuntivo y confirmado de COVID-19.	Las trabajadoras de la salud tuvieron puntuaciones de HAI y BDI más altas que los hombres ($p < 0.001$, $p < 0.001$). Los trabajadores sanitarios jóvenes tenían puntuaciones de HAI más altas que los trabajadores sanitarios de edad avanzada ($p = 0.021$). Los trabajadores sanitarios con más conocimientos sobre COVID-19 tenían HAI y BDI más bajos en general ($p = 0.021$, $p = 0.019$). Otros puntajes mayores se observaron en personal de salud más joven comparado con los de mayor edad. Se observaron menores puntajes en personal de salud que contaba con más conocimientos sobre COVID-19. Se observaron diferencias significativas en los puntajes de HAI y BDI, siendo mayores en personal que habían	La presencia de algunos estresores laborales y de salud (trabajo directo con pacientes COVID-19, sufrir síntomas, sentirse desprotegido) se asoció con mayores niveles de malestar psicológico. Por otra parte, tener menores de edad en casa, haber estado confinado o haber sufrido la muerte reciente de alguna persona cercana por COVID-19 fueron los estresores familiares que se asociaron con mayores niveles de malestar emocional. En cuanto al análisis de regresión, se obtuvo un modelo significativo que explica el 24% del cambio en la varianza en malestar psicológico ($R_y = 0.24$, $F(12.377) = 9.82$, $P < 0.001$). Se hallaron dos interacciones significativas que aumentaron el porcentaje de varianza explicada por el modelo	El análisis de correlación sugiere una interrelación cercana significativa entre los componentes de calidad del sueño y síntomas de estrés postraumático (con valores de p totales < 0.01). El nivel de exposición se asoció positivamente de forma significativa con satisfacción del sueño ($p = 0.018$), trastornos del sueño ($p = 0.002$) y latencia del sueño ($p = 0.001$). Sin embargo, solo se correlacionó significativamente con síntomas de hiperestimulación en el TEPT ($p = 0.003$). Se evaluaron los síntomas postraumáticos, definidos según la puntuación de PCL-5, y solo el sexo tuvo un valor predictor, indicando que el personal femenino reportó más síntomas postraumáticos. El nivel de exposición también fue un factor relacionado	Un análisis de regresión múltiple mostró diferencias estadísticas críticas en las puntuaciones de hiperestimulación en diferentes grupos según género (3.0 en masculinos vs. 5.0 en femeninos, $P = 0.075$), mientras que haber estado en cuarentena tuvo diferencias estadísticas significativas de las puntuaciones en la IES (cuarentena con 16.0 vs. no cuarentena con 13.0, $P = 0.021$). El impacto general de COVID-19 en los trabajadores chinos se evaluó como de severidad media	

	<p>tenido contacto directo con pacientes COVID-19</p>	<p>($R_y = 0.30, F(15.373) = 10.56, P < 0.001$).</p>	<p>de forma significativa a síntomas postraumáticos, y el sexo siguió asociado con dichos síntomas. Sin embargo, al integrar la calidad del sueño, solo ésta se asoció significativamente a los síntomas de TEPT. Por lo tanto, la calidad del sueño estuvo más fuertemente asociada con síntomas postraumáticos. La puntuación total de PCL-5 se consideró como variable dependiente con la calidad del sueño como posible mediador, el nivel de exposición como predictor y el sexo como co-variable. Hubo efectos directos significativos donde los altos niveles de exposición se asociaron con peor calidad de sueño (coeficiente=1.03, $p=0.006$) y la calidad del sueño predecía los síntomas de TEPT (coeficiente=1.700, $p<0.001$). Hubo un efecto indirecto significativo entre el nivel de</p>		
--	---	--	--	--	--

			<p>exposición y síntomas postraumáticos a través de la calidad del sueño (coeficiente=1.750, IC 95%=0.543 – 2.998). El coeficiente del efecto total fue 2.399 con un valor de p de 0.0143. Sin embargo, no hubo un efecto directo entre el nivel de exposición y presencia de síntomas postraumáticos, indicando que la calidad del sueño mediaba completamente en la relación entre nivel de exposición y síntomas postraumáticos en este modelo. Además no fue posible inferir causalidad con el análisis mencionado, dada la medición concurrente del sueño y de síntomas postraumáticos.</p>		
--	--	--	--	--	--

CATEGORIA DE RESULTADOS	SISTEMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA PARA EMPLEADOS HOSPITALARIOS DURANTE EL BROTE DE COVID-19: DISEÑO RÁPIDO E IMPLEMENTACIÓN DE LA LÍNEA TELEFÓNICA COVID-PSY	DISTRÉS PSICOLÓGICO ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN TRES DE LAS REGIONES MÁS AFECTADAS POR COVID-19 EN CAMERÚN: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS
OBJETIVO/ORIGEN	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
Principales reacciones emocionales frente al cambio de la rutina clínica diaria del personal de salud involucrado en la atención directa de pacientes	Después de los primeros 26 días, el centro recibió 149 llamadas, con un promedio de 5.73 llamadas por día. La duración promedio fue de 18.5 minutos, con un 86% de personal femenino. La edad promedio fue 32.7 años. La mayoría de llamadas del hospital fue de personal de primera línea. Las razones más importantes para llamar fueron los síntomas de ansiedad (n=73, 49%), solicitudes de información sobre la línea de ayuda (n=31, 20.8%), preocupaciones sobre COVID-19 (n=23, 15.44%), agotamiento (n=17, 11.41%), reactivación de trauma (n=10, 6.11%), insomnio (n=9, 6.0%), síntomas de ira (n=8, 5.37%), síntomas depresivos (n=6, 4.02%), y síntomas psicóticos (n=3, 2.01%)	La prevalencia de síntomas de ansiedad de leve a severa intensidad y de los síntomas de depresión fueron de 42.20% y 43.50% respectivamente. Los síntomas de ansiedad se asociaron con la edad de los participantes (P = 0.006), temor de contaminación (P = 0.019), temor a morir (P = 0.000), y los síntomas depresivos se asociaron con el temor a la muerte (P=0.000)
Determinar los principales factores de alteración en la salud mental presentes en el personal de salud, ante el seguimiento clínico y tratamiento de los pacientes con diagnóstico presuntivo y confirmado de COVID-19.		
Intervenciones para el manejo de la salud mental del personal sanitario	La mayoría del personal que llamó al centro de atención n=105 (70.47%) fueron referidos a soporte psicológico, general y específico para COVID-19	

Anexo 3: Diagrama PRISMA para elección de estudios

