Universidad Autónoma del Estado de México

Centro Universitario UAEM Valle de Chalco

Estrés, Salud Mental y Síndrome de Burnout en Enfermería de Áreas Críticas de un Hospital de Segundo Nivel, Durante la Pandemia por COVID-19. México. 2022.

TRABAJO TERMINAL DE GRADO

PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRO EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS

P R E S E N T A

LIC. OZIEL TOLEDO GARCIA

DIRECTOR

Dr. en C.S. Ihosvany Basset Machado

CO DIRECTOR

Mtro. Adolfo Sánchez González

TUTORA ADJUNTA

Dra. María Cristina Pérez Guerrero

VALLE DE CHALCO SOLIDARIDAD, MÉXICO SEPTIEMBRE 2025

CUVCH

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN 4
2. ESTADO DEL ARTE 7
2.1 Estrés 7
2.1.1 Definición 7
2.1.2 Evolución histórica del concepto 9
2.1.3 Aproximaciones teóricas 11
2.1.4 Estrés Laboral 15
2.1.5 Estrés en enfermería durante la pandemia por COVID-19 18
2.1.6 Pandemia por COVID-19 como generador de estrés en enfermería 23
2.1.7 Consecuencias Psicológicas del Estrés en el personal de enfermería 25
2.1.8 Impacto del estrés a largo plazo 27
2.2 Salud Mental 29
2.2.1 Definición 29
2.2.2 Contexto Internacional 30
2.2.3 Contexto de la salud mental en América Latina 34
2.2.4 Salud Mental en México 36
2.2.5 Factores contribuyentes a las afecciones de salud mental 37
2.2.5. Efectos de las afecciones a la salud mental 39
2.2.6 Salud mental en Enfermería 41
2.2.7 Salud mental y COVID-19 en profesionales de enfermería 43
2.3 Síndrome de Burnout. 48
2.3.1 Definición 48
2.3.2 Causas del Burnout. 50
2.3.3 Principales causas o factores condicionantes. 50
2.3.4 Condiciones laborales 51
2.3.5 Desarrollo del síndrome de burnout 52
2.3.6 Modelos con relación al proceso de desarrollo del síndrome de burnout 53
2.3.7 Consecuencias del síndrome de burnout 54
2.3.8 Estrategias de prevención frente al burnout 56
2.3.9 Tratamiento de síndrome de burnout 58

2.4 Estrés, Salud mental y Síndrome de Burnout durante la Pandemia por COVID-19 61
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 70
4. JUSTIFICACIÓN 73
5. OBJETIVOS 75
5.1 Objetivo General 75
5.2 Objetivos Específicos 75
6. METODOLOGÍA 76
6.1 Tipo de estudio. 76
6.2 Universo 76
6.3 Muestra 76
6.4 Tipo de muestreo 77
6.5 Criterios de selección de la muestra 77
6.6 Recolección de datos 77
6.6.1 Instrumentos 78
6.7 Procesamiento de datos 82
6.8 Análisis y presentación de resultados 82
7. RESULTADOS 83
8. DISCUSIÓN 163
9. CONCLUSIONES 183
Anexos 185
Referencias 193

1. INTRODUCCIÓN

A finales del año 2019, la ciudad de Wuhan, situada en la provincia china de Hubei, captó la atención mundial debido a la aparición de un brote de neumonía cuya causa era desconocida. Las autoridades sanitarias respondieron con una serie de medidas para contener la enfermedad, tales como el aislamiento de casos sospechosos, seguimiento cercano de sus contactos, recopilación de información clínica y epidemiológica y el desarrollo de métodos diagnósticos y terapéuticos (Wang et al., 2020).

El 30 de enero de 2020, siguiendo la recomendación del comité de emergencia, el director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), declaró el brote del nuevo coronavirus como una emergencia de salud pública de importancia internacional (OPS, 2020). Posteriormente, el 11 de febrero de 2020 la OMS nombró oficialmente a la enfermedad como COVID-19, mientras que el Comité Internacional de Taxonomía de Virus (ICTV, por sus siglas en inglés) designó al virus como SARS-CoV-2, es decir; el coronavirus 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo (WHO, 2019).

En México, el primer caso confirmado se registró el 27 de febrero de 2020 en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en la Ciudad de México, en un paciente con antecedentes de viaje a Italia. El primer fallecimiento asociado al virus ocurrió el 18 de marzo del mismo año (Suárez et al., 2020). Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), al inicio de la pandemia México contaba con una proporción de 2.4 médicos y 2.9 enfermeras por cada 1000 habitantes, cifras que ya reflejaban una insuficiencia de personal para cubrir las necesidades del sistema de salud en condiciones normales (Reyes et al., 2020).

De acuerdo con la OMS, el personal de enfermería representa aproximadamente la mitad de la fuerza laboral en el sector salud. Cabe destacar que el año 2020 fue declarado el Año Internacional del Profesional de enfermería y Partería. En la 72ª Asamblea Mundial de la Salud, realizada en 2019 en

Ginebra, Suiza, el director general de la OMS destacó el papel fundamental que desempeñan las enfermeras para el bienestar de la población mundial (OPS, 2019).

Durante las últimas décadas, las condiciones laborales han cambiado significativamente en todo el mundo con un aumento de las demandas laborales y una menor capacidad de los trabajadores para controlar sus actividades. Las condiciones impuestas por la pandemia sumadas a las demandas inherentes al ambiente hospitalario han generado un aumento considerable en los niveles de estrés del personal de salud, quienes deben afrontar extensas jornadas de trabajo y brindar atención constante a pacientes con enfermedades complejas. Esta problemática se acentúa en el personal de enfermería, dado su vínculo permanente y directo con los pacientes (Labrague y De los Santos, 2020). Estas condiciones han derivado en consecuencias psicosociales que afectan la salud mental de los trabajadores, provocando estrés laboral, síndrome de burnout y otros trastornos emocionales.

El término *burnout* fue introducido en el ámbito psicológico por Freudenberger en 1974, quien lo describió como un estado de agotamiento o frustración provocado por la entrega a una causa o estilo de vida que no produce los resultados esperados (Freudenberger, 1974), para que más adelante Maslach y Jackson definieran el síndrome de burnout como una pérdida progresiva de interés y deterioro emocional en las relaciones interpersonales del trabajo que puede desembocar en aislamiento o actitudes deshumanizadas hacia los demás.

Otro factor relevante que compromete la salud mental del personal de enfermería es el malestar psicológico, entendido como el desequilibrio mental originado por altos niveles de estrés en los contextos laboral, social y personal, así como la incapacidad de manejar adecuadamente dichos factores; es fundamental asumir que el estrés ocupacional, las características del entorno de trabajo y el clima organizacional son elementos clave que contribuyen al desarrollo del burnout y al deterioro de la salud

mental del personal de enfermería, además; se suman otros factores como jornadas extenuantes, escasez de materiales y de equipo biomédico, déficit de personal y una remuneración insuficiente.

La OMS concibe la salud como un estado integral de bienestar físico, mental y social más allá de la simple ausencia de enfermedad. Dentro de este concepto; la salud mental implica mantener un equilibrio entre los aspectos emocionales, psicológicos y sociales que favorecen un adecuado funcionamiento en la vida cotidiana, cuando este balance se altera, se ven comprometidas la manera de pensar, sentir y actuar de la persona, lo que repercute tanto en su adaptación al entorno como en la calidad de sus relaciones interpersonales. Esta condición se vincula estrechamente con el síndrome de burnout pues los cambios en pensamientos, emociones y conductas no solo afectan la salud física, sino también el desempeño en diferentes ámbitos de la vida, especialmente en el laboral, asimismo, la salud mental influye directamente en la capacidad para afrontar el estrés, establecer vínculos sociales y tomar decisiones a lo largo del ciclo vital (WHO, 2022).

En el contexto de la pandemia por COVID-19 estas problemáticas se hicieron más evidentes, particularmente en el personal de enfermería que se mantuvo en la primera línea de atención. La exposición constante a situaciones críticas, la sobrecarga de trabajo y el contacto directo con pacientes en condiciones graves incrementaron de manera significativa los niveles de estrés, lo que a su vez elevó el riesgo de desarrollar síndrome de burnout y alteraciones en la salud mental.

Para cumplir con los objetivos de esta investigación y encontrar la relación que tiene el COVID-19 con la ocurrencia del Síndrome de Burnout y alteración de la salud mental se recurre al uso de la prueba del Maslach Burnout Inventory y el Inventario de salud mental estrés y trabajo SWS. De esta manera; la presente investigación está enfocada en evaluar el estrés, salud mental y síndrome de burnout en enfermería de áreas críticas de un hospital de segundo nivel durante la pandemia por COVID-19.

2. ESTADO DEL ARTE

2.1 Estrés

2.1.1 Definición

El término *estrés* proviene del vocablo inglés antiguo *distress*, el cual se refiere a sentimientos de pena o aflicción. Con el paso del tiempo esta palabra fue simplificada mediante el uso común eliminándose su primera sílaba. En sus inicios fue utilizado en el ámbito de la física por Selye (1976), quien lo describía como una fuerza que actúa sobre un objeto, capaz de dañarlo si sobrepasa cierto umbral. Posteriormente este concepto fue trasladado al campo de la biología donde se define como una reacción inespecífica del organismo ante diversas exigencias externas o internas. En esta concepción, el estrés cumple una función adaptativa y de emergencia siendo crucial para la supervivencia humana. No se considera una emoción por sí misma, sino un proceso que origina una serie de respuestas emocionales.

Lazarus y Folkman (1984), plantean que el estrés se manifiesta en la interacción entre el individuo y su entorno y se activa cuando la persona percibe que las demandas superan o igualan sus recursos para afrontarlas generando un impacto en su bienestar físico y psicológico, esta respuesta implica la activación del sistema nervioso simpático y la liberación de hormonas como el cortisol y la adrenalina. Dichas reacciones pueden tener efectos positivos como en el caso del eustrés, o negativos como el distrés cuando el estímulo es crónico o excesivo (Lazarus y Folkman, 1984; Selye, 1976).

Desde esta perspectiva, el estrés se entiende como una respuesta de naturaleza fisiológica, psicológica y emocional ante demandas que la persona percibe como intensas o abrumadoras, se desencadena cuando se requiere una adaptación significativa frente a situaciones nuevas o complejas, aunque puede representar una reacción adaptativa en el corto plazo, su persistencia puede derivar en consecuencias adversas para la salud mental y física del individuo. Cuando las emociones negativas

derivadas del estrés se experimentan de forma sostenida y no se gestionan adecuadamente pueden comprometer seriamente el funcionamiento cotidiano de la persona y deteriorar su salud física y mental. Este tipo de estrés crónico ha sido vinculado con trastornos de ansiedad, depresión, afectaciones cardiovasculares e incluso con una disminución del sistema inmunológico (Lazarus y Folkman, 1984; Selye, 1976).

En la mayoría de los casos el estrés es percibido como un fenómeno negativo, ya que puede provocar alteraciones físicas, emocionales y psicológicas que afectan el entorno personal, familiar y laboral. En situaciones graves puede asociarse con trastornos de ansiedad, depresión, crisis nerviosas recurrentes o incluso desenlaces fatales. No obstante, algunas personas experimentan el estrés como un estímulo positivo percibiéndolo como una oportunidad para desarrollar habilidades, superar desafíos y alcanzar un mayor rendimiento personal.

La percepción que el individuo tiene sobre las demandas del entorno y sobre su capacidad para afrontarlas determina si el estrés se experimenta como una carga negativa o como un desafío estimulante. En este sentido; el ser humano interactúa de forma constante con un entorno dinámico al que debe adaptarse mediante la adopción de nuevas estrategias conductuales no obstante, cuando las demandas externas son valoradas como excesivas o amenazantes, y los recursos personales son percibidos como insuficientes, la respuesta de estrés puede intensificarse (Lazarus y Folkman, 1984). Aunado a esto; McEwen y Stellar, (1993), advierten que el estrés puede asociarse a múltiples problemas de salud, incluyendo afecciones respiratorias como el asma, enfermedades cardiovasculares como el infarto de miocardio, así como trastornos del sistema gastrointestinal, inmunológico y psicológico.

La relación entre el estrés y la aparición de enfermedades se ha explicado a través del concepto de alostasis, entendido como el conjunto de ajustes fisiológicos que lleva a cabo el organismo con el fin de preservar la estabilidad interna frente a demandas externas crecientes (Sterling y Eyer, 1988 en Basset,

2012). Sin embargo, cuando este sistema se activa de manera continua debido a la acumulación de situaciones adversas, se produce un desgaste progresivo en órganos y tejidos que a largo plazo puede favorecer el desarrollo de diferentes patologías (McEwen y Stellar, 1993). En este proceso, las fuentes de estrés pueden identificarse en tres dimensiones principales: el cuerpo, a través de dolencias o cambios fisiológicos; el entorno, mediante factores sociales, laborales o ambientales; y los pensamientos, relacionados con procesos cognitivos y emocionales.

2.1.2 Evolución histórica del concepto

El interés por comprender el estrés se remonta a tiempos antiguos con referencias que aparecen en distintas épocas históricas. El término comenzó a utilizarse para describir dificultades y adversidades desde el siglo XIV, sin embargo su conceptualización más clara surgió en el siglo XVII gracias al físico Robert Hooke, quien lo definió como la relación entre una fuerza externa aplicada sobre un objeto y la deformación resultante, siendo esta reacción dependiente tanto de las características estructurales del objeto como de la intensidad de la fuerza.

A partir del siglo XVIII, el término estrés comenzó a emplearse en relación con el ser humano describiendo la resistencia ante influencias externas, en inglés, la palabra “stress” fue inicialmente usada en contextos sociales y posteriormente en el ámbito de la física y la ingeniería aludiendo a la presión o fuerza que causa tensión en un objeto (Alonso, 1997). Posteriormente en 1936; Hans Selye introdujo formalmente el concepto de estrés en el campo de la medicina, describiéndolo como un conjunto de respuestas no específicas del organismo ante cualquier demanda externa. Estas respuestas pueden ser tanto psicológicas como fisiológicas, según Selye (1936), el estrés se manifiesta como una reacción generalizada del cuerpo ante situaciones que requieren adaptación, involucrando la activación de sistemas hormonales como el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal y el sistema simpático-adrenal, los cuales generan respuestas orgánicas frente a estímulos inespecíficos.

La definición de estrés ha sido motivo de debate entre investigadores ya que no existe un consenso absoluto. De acuerdo con Cohen et al. (1982), existen tres enfoques teóricos principales: uno que lo interpreta como estímulo, otro que lo ve como una respuesta del organismo, y un tercero de tipo interactivo o transaccional. Desde la perspectiva de estímulo, se entiende el estrés como cualquier evento o situación que puede alterar el equilibrio interno del organismo. Miller (1997), lo define como cualquier estimulación extrema que ante una amenaza, genera cambios significativos en la conducta. De forma similar Basowitz et al. (1955), lo consideran como un conjunto de estímulos con alta probabilidad de provocar desajustes, mientras que Burchfield (1979), sostiene que es aquel evento capaz de alterar la homeostasis del individuo.

Appley y Trumbull (1967), amplían esta visión al considerar como estresantes las situaciones intensas, inesperadas o cambiantes, así como la falta o exceso de estimulación o el aburrimiento prolongado. No obstante McGrath (1970), señala que este enfoque no contempla las diferencias individuales en la percepción del estrés. Por otro lado, desde el punto de vista conductual Clayton (2012), argumenta que el estrés es una respuesta observable que emerge cuando las exigencias del entorno superan la capacidad de afrontamiento del sujeto.

Frente a estas posturas surge la visión transaccional del estrés, que propone una interacción continua entre el individuo y su entorno. Este modelo ha sido respaldado por diversos autores (McGrath, 1970; Lazarus y Folkman, 1984), quienes coinciden en que el estrés no se encuentra ni en la persona ni en el ambiente sino en la relación dinámica entre ambos. Lazarus y Folkman (1984), destacan que esta interacción es bidireccional y particular para cada situación; plantean que las personas no son meras víctimas del estrés sino que la interpretación que hacen de los eventos (evaluación primaria) y de sus capacidades para enfrentarlos (evaluación secundaria), esto define la naturaleza de su experiencia

estresante. El afrontamiento implica esfuerzos cognitivos y conductuales orientados a manejar las demandas percibidas como estresantes.

Lazarus y Folkman (1984), plantean que el estrés surge a partir de la interacción continua entre el individuo y su entorno dependiendo de la valoración que se realice de las demandas externas, ya sea como amenaza, desafío o sobrecarga, lo que desencadena respuestas emocionales y fisiológicas. Lewen y Kennedy (1986, como se cita en Sierra et al., 2003), lo describen como una fuerza generadora de tensión y malestar con repercusiones tanto en la salud física como en la emocional. Asimismo, la investigación experimental ha demostrado que los efectos del estrés están estrechamente vinculados a los procesos cognitivos, los cuales median en la interpretación de las experiencias y favorecen una activación fisiológica generalizada (Sierra et al., 2003).

En la actualidad, el estrés se comprende como un proceso psicológico que aparece cuando las demandas externas superan la capacidad del organismo para afrontarlas de manera adecuada. Esta condición activa un sistema de emergencia que desencadena respuestas psicofisiológicas orientadas a recopilar, procesar e interpretar información con mayor eficiencia, con el objetivo de dar una respuesta adaptativa a la situación (Fernández, 1995). De forma complementaria, se le reconoce también como una sobrecarga emocional originada por exigencias excesivas del entorno, lo que provoca nerviosismo y obliga a la persona a realizar un esfuerzo adicional que puede comprometer su bienestar, en este sentido, el estrés puede definirse como una reacción tanto fisiológica como psicológica frente a un estresor, entendido este como un acontecimiento, persona u objeto que representa una amenaza o demanda significativa para el individuo.

2.1.3 Aproximaciones teóricas

En el lenguaje cotidiano el término “estrés” suele utilizarse con un significado distinto al que se le atribuye en el ámbito profesional, por ello resulta fundamental precisar cómo debe entenderse este

concepto desde una perspectiva científica. El estrés es un fenómeno complejo cuya interpretación varía según el enfoque disciplinar adoptado, en este sentido, se distinguen tres orientaciones principales: en primer lugar la perspectiva fisiológica, que concibe a,l estrés como una respuesta orgánica inespecífica ante demandas del entorno, tal como lo propuso Selye (1976); en segundo lugar, la visión psicológica y de forma complementaria la psicosocial, las cuales se centran en el estímulo externo que desencadena la respuesta, destacando la influencia del entorno sobre el individuo como señalan Holmes y Rahe (1967), y finalmente un enfoque integrador que considera la interacción entre el individuo y su ambiente, desarrollado por Lazarus (1966), el cual ha sido clave en la formulación de una teoría general del estrés con importantes implicaciones en el campo de la psicopatología.

2.1.3.1 Enfoque fisiológico

El médico canadiense Hans Selye, fue el responsable de introducir el término “estrés” en el campo de la medicina en 1936. Selye diferenciaba claramente el uso del concepto en Física y Psicología, señalando que mientras en la Física el estrés implica una presión ejercida sobre un objeto inerte, en el ámbito psicológico se refiere a un proceso que involucra reacciones fisiológicas y conductuales en organismos vivos. Selye identificó que ante una agresión externa el organismo responde mediante una serie de mecanismos que determinan si logra restablecer su equilibrio interno o no. Esta secuencia de respuestas conocida como el Síndrome General de Adaptación, se divide en tres etapas con implicaciones fisiológicas específicas: la fase de alarma, que representa una respuesta inicial ante la amenaza con manifestaciones como taquicardia o insomnio; la fase de resistencia, en la que el organismo intenta adaptarse al agente estresante y finalmente; la fase de agotamiento, que ocurre cuando los recursos adaptativos se agotan dando paso a lo que Selye denominó “enfermedades de adaptación”.

Desde esta perspectiva, el término estrés se refiere a la respuesta biológica del organismo, mientras que el “estresor” designa al agente externo que provoca dicha respuesta. Además, Selye

introdujo el concepto de “adaptación pasiva”, refiriéndose a situaciones en las que el organismo responde automáticamente sin necesidad de una intervención consciente del sujeto, como ocurre ante agresiones fisiológicas no percibidas inicialmente, como el comienzo de una infección.

2.1.3.2 Enfoque biológico

El estrés se manifiesta como una sobre activación biológica que resulta de la activación funcional del Sistema Reticular Activador Ascendente (SRAA), según lo plantean Ursin y Eriksen (2004). Esta activación es consecuencia de una sobrecarga de estímulos provenientes del organismo. El SRAA, localizado en la formación reticular del tronco encefálico, mantiene conexiones funcionales con diversas áreas del cerebro, especialmente con el lóbulo frontal, que desempeña un papel fundamental en la evaluación de situaciones, la planificación y la regulación de conductas adaptativas.

En este sentido, las funciones cognitivas, la valoración de los recursos personales disponibles y la formulación de estrategias de afrontamiento influyen directamente en la activación del sistema reticular. Ante una situación estresante, el cuerpo responde mediante la activación del sistema nervioso autónomo, lo que conlleva la liberación de catecolaminas y la estimulación del eje neuroendocrino. En este proceso, la hormona adrenocorticótropa (ACTH) y el cortisol desempeñan roles fundamentales como indicadores hormonales del estado de estrés, al mediar la activación del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA) y facilitar las respuestas fisiológicas necesarias para enfrentar las demandas del entorno (Ursin y Eriksen, 2004).

2.1.3.3 Enfoque cognitivista

En el ámbito de la psicología se incorpora una perspectiva cognitivista que complementa la visión hormonal y periférica del estrés, destacando el papel crucial de los factores psicológicos en la activación de respuestas endocrinas y en el desarrollo potencial de manifestaciones psicopatológicas derivadas de

dichos factores. Mason sugiere que el sistema nervioso central podría actuar como el mediador principal en las múltiples respuestas fisiológicas observadas en los experimentos de Selye, especialmente en relación con la excitación emocional.

Uno de los modelos más influyentes dentro de la psicología fue el propuesto por Lazarus (1966), que resalta la importancia de los aspectos psicológicos en el estrés, considerando variables como las demandas internas y externas, los recursos individuales y el nivel de satisfacción percibido por el sujeto, durante este mismo periodo, el estrés se definió como un desequilibrio significativo entre las demandas del entorno y la capacidad del organismo para responder, entendiéndose entonces, como una reacción negativa e inherente, sin reconocer su naturaleza adaptativa ni su capacidad para proporcionar recursos al individuo (McGrath, 1970).

2.1.3.4 Enfoque bio-psico-social.

El estrés se concibe como un fenómeno de naturaleza bio-psicosocial al comprender tres dimensiones fundamentales: la psíquica, la social y la biológica. Diversas investigaciones han evidenciado que la insuficiencia de recursos personales para afrontar adecuadamente las demandas sociales y psicológicas puede derivar en enfermedades, trastornos de salud y conductas asociadas a la enfermedad (Turner et al. 1995). En este marco, la influencia de la personalidad en el afrontamiento del estrés ha adquirido un papel central, predominando actualmente el modelo transaccional, el cual lo define como una interacción dinámica entre el individuo y su entorno. Desde esta perspectiva, el estrés surge cuando la persona percibe que las demandas externas superan sus recursos disponibles, lo que amenaza su bienestar (Lazarus y Folkman, 1984).

De acuerdo con este modelo, las situaciones estresantes no son percibidas de manera uniforme por todas las personas, ya que cada individuo las valora de forma particular y emplea distintos recursos, capacidades y apoyos sociales para enfrentarlas (Lazarus y Folkman, 1984; Miller, 1997). Así, el estrés se

entiende como el resultado de un proceso en el que intervienen múltiples factores, entre ellos las demandas del entorno, las valoraciones cognitivas, los estilos de afrontamiento y las respuestas emocionales, los cuales interactúan de manera recíproca.

En los últimos años, el análisis del estrés ha cobrado relevancia desde un enfoque social, en particular a través del estudio de los sucesos vitales, lo que ha permitido desarrollar investigaciones epidemiológicas en distintos grupos poblacionales, identificar niveles de riesgo y diseñar estrategias preventivas y de afrontamiento más específicas (Sandín, 2003). Dentro de esta línea, Pearlin (1989), distingue diversos estresores crónicos que afectan significativamente la salud y el bienestar, tales como la sobrecarga y los conflictos dentro de los roles sociales, las contradicciones entre diferentes roles, la percepción de estar atrapado en un rol, así como los cambios derivados de la evolución de este. A ello, se suman factores estructurales como la pobreza, la exposición a contextos con altos índices de violencia y la presencia de enfermedades crónicas graves, los cuales intensifican la vulnerabilidad al estrés y sus consecuencias.

2.1.4 Estrés Laboral

El estrés laboral se ha convertido en un fenómeno de creciente relevancia tanto a nivel individual como organizacional en la sociedad contemporánea. En el ámbito individual, se ha observado un aumento significativo en las enfermedades de adaptación durante las últimas décadas. Desde una perspectiva organizacional, el estrés puede afectar negativamente la salud de la organización, entendida como la eficacia, la viabilidad futura y la capacidad para ofrecer tanto calidad de vida laboral a sus trabajadores como productos de calidad a la comunidad (Buendía,1998).

Es importante reconocer que prácticamente ninguna actividad laboral puede realizarse sin la presencia de cierto grado de estrés, y que cuando esta actividad se lleva a cabo exitosamente, el estrés puede generar efectos positivos (Buendía,1998). Asimismo, no todas las personas reaccionan igual ante

situaciones laborales similares, pues las diferencias individuales influyen considerablemente en la percepción y efectos del estrés, estas experiencias y sus consecuencias son moduladas por diversas variables personales.

Estudios realizados en México y a nivel internacional muestran que la población trabajadora enfrenta altos niveles de tensión física y psicológica, un factor que podría explicar ciertos comportamientos sociales y la aparición de trastornos psicofisiológicos (Buendía, 1998). Por otro lado, un estrés moderado y controlado puede resultar beneficioso, estimulando al individuo a superarse y favoreciendo así experiencias gratificantes y un aumento en su competencia profesional (Atance, 1997).

En el ámbito laboral, el soporte social se reconoce como uno de los principales recursos institucionales para reducir los efectos adversos del estrés. No obstante, diversos factores estresores crónicos presentes en el entorno de trabajo contribuyen a la aparición y persistencia de esta afección, lo que puede generar un impacto negativo no sólo en los y las trabajadoras, sino también en la institución en su conjunto (Atance, 1997).

Cuando las respuestas al estrés se mantienen de manera prolongada en el lugar de trabajo, la situación se vuelve particularmente preocupante, ya que afecta la productividad, el clima organizacional y la salud de las y los empleados. En este sentido, Maslach y Jackson (1981) sostienen que no existen situaciones intrínsecamente estresantes, sino que es la interpretación individual de las demandas lo que determina la vivencia de estrés, sin embargo, reconocen que determinadas ocupaciones y entornos organizacionales, por sus condiciones específicas, tienden a generar mayores niveles de tensión laboral.

2.1.4.1 Estrés laboral en enfermería

Entre las principales fuentes de estrés en el ámbito laboral se encuentran las condiciones físicas del entorno, los horarios de trabajo, las demandas específicas del puesto, el contenido de las tareas, el

desempeño del rol, las relaciones interpersonales, las variables organizacionales, la situación económica o administrativa de la empresa, el trabajo simultáneo en más de una institución, entre otros factores. De ello se desprende que la aparición del estrés requiere una interacción dinámica entre la respuesta individual y las presiones propias del ambiente laboral.

En este contexto, el personal de salud, y en particular el personal de enfermería es especialmente vulnerable a desarrollar estrés. El trabajo hospitalario exige que las y los profesionales, posean experiencia clínica suficiente y madurez para afrontar decisiones complejas, muchas veces con implicaciones éticas y morales. Por ello, la enfermería se considera un grupo de alto riesgo, dado que confluyen factores personales, profesionales e institucionales que contribuyen significativamente a la generación de estrés (Basset, 2008).

Estas causas del estrés en el personal de enfermería pueden agruparse en tres categorías principales: factores personales, profesionales e institucionales, mismas que interactúan y favorecen la aparición de este fenómeno en dicho colectivo. Dentro de los causales personales se incluyen aspectos como la edad, el estado civil, el nivel académico, tipo de personalidad y las condiciones de salud que influyen en la manera en que cada individuo percibe y enfrenta las demandas de su entorno. (Buendía, 1998).

En lo que respecta al ámbito profesional destacan: la carga de trabajo, la exposición constante al sufrimiento humano y la muerte de sus pacientes, la presión por la toma de decisiones rápidas y la responsabilidad de brindar cuidados de calidad en situaciones críticas. Por último, los institucionales, que se relacionan con el clima organizacional, el nivel de apoyo recibido por parte de mandos superiores, de compañeras y compañeros, las condiciones laborales, los turnos prolongados, la falta de recursos materiales y humanos, así como la rigidez en la estructura jerárquica. La interacción de estas dimensiones genera un escenario complejo que incrementa la vulnerabilidad de la persona profesional de enfermería

al estrés y potencia el riesgo de desarrollar consecuencias negativas en su salud física y mental, así como en su desempeño profesional (Buendía, 1998).

El estrés laboral se reconoce como un factor clave en la desmotivación de profesionales de enfermería en la actualidad, manifestándose a través de síntomas como fatiga, ansiedad, reducción en el desempeño laboral y disminución de la satisfacción personal. Este estado deriva de condiciones laborales como jornadas prolongadas, alta carga de trabajo, la responsabilidad en la toma de decisiones críticas y la exposición constante al sufrimiento de las y los pacientes (Basset, 2012).

2.1.5 Estrés en enfermería durante la pandemia por COVID-19

Durante la pandemia de COVID-19, profesionales de enfermería se enfrentaron a niveles elevados de estrés debido a la combinación de múltiples factores laborales y emocionales. Los factores que previamente generaban estrés laboral en este colectivo se vieron agravados, provocando un aumento significativo en sus niveles de estrés. Por ejemplo, un estudio realizado en España reveló que el 84 % de las enfermeras de la Región de Murcia reportaron haber experimentado estrés y ansiedad derivados de la alta presión asistencial durante la crisis sanitaria. (Peregrín, 2024).

El estrés se mantuvo como una constante en profesionales de enfermería a lo largo de la pandemia. González et al. (2022), evidenciaron que el 26.33 % de las enfermeras que trabajaban en servicios de emergencias extrahospitalarias presentaron niveles graves o extremadamente graves de estrés durante este periodo. Entre los factores que contribuyeron a esta mayor afectación psicológica se encuentran las modificaciones en las condiciones laborales y la percepción de insuficientes competencias para afrontar las situaciones estresantes derivadas de la emergencia sanitaria.

Entre los principales elementos que incrementaron el estrés en enfermeras y enfermeros destacan:

2.1.5.1 Sobrecarga de trabajo y escasez de personal

Una de las causas principales de estrés para el personal de enfermería durante la pandemia de COVID-19 fue la sobrecarga laboral derivada del incremento masivo de pacientes infectados. La insuficiencia de personal sanitario, ocasionada por las bajas laborales debido a contagios y el limitado manejo hospitalario del volumen de pacientes, lo que derivó en extensas jornadas de trabajo, tareas adicionales y un tiempo insuficiente para el descanso. Estas circunstancias no sólo incrementaron la demanda física, sino que también intensificaron la presión emocional sobre los y las trabajadoras, fenómeno similar al descrito por Khamisa et al. (2015), aunque las condiciones producidas en el contexto pandémico resultan históricamente singulares.

Durante este periodo crítico, las y los profesionales de enfermería se enfrentaron a un notable aumento en sus niveles de estrés, originado principalmente por la sobrecarga de trabajo y la escasez de recursos humanos. Este contexto generó un ambiente laboral sumamente exigente, donde las enfermeras y enfermeros tuvieron que atender a un elevado número de pacientes en condiciones complejas y, en numerosas ocasiones, sin contar con los recursos necesarios para brindar una atención adecuada. (De Lima y Sarabia, 2022).

La carga excesiva incluyó jornadas prolongadas, rotación constante de turnos, la atención de pacientes críticos en unidades de cuidados intensivos y la realización simultánea de múltiples tareas. A este escenario se sumó la reducción del personal disponible, resultado del contagio por COVID-19, aislamientos preventivos y renuncias vinculadas al agotamiento físico y emocional. Esta combinación propició un entorno laboral altamente estresante y extenuante, asociado con manifestaciones clínicas como ansiedad, fatiga crónica y síndrome de burnout, tal como reportan Labrague y De los Santos (2021).

Diversos estudios internacionales han evidenciado que estas condiciones laborales incrementaron considerablemente los niveles de estrés psicológico, afectando negativamente la salud

mental y la calidad de vida del personal de enfermería. El sentimiento de incapacidad para proporcionar una atención adecuada debido a la falta de tiempo o apoyo generó en el personal emociones de frustración, culpa y un mayor desgaste emocional, según Sagherian et al. (2022). En consecuencia, se ha puesto de manifiesto la urgencia de implementar estrategias institucionales de apoyo, incrementar la contratación de personal, distribuir adecuadamente las cargas de trabajo y atender la salud mental del personal de enfermería.

2.1.5.2 Exposición al virus y miedo al contagio

Durante la pandemia de COVID-19, las y los profesionales de enfermería fueron etiquetados como uno de los grupos más vulnerables al estrés debido a su exposición constante al virus. Al encontrarse en la primera línea de atención sanitaria, su contacto directo con pacientes infectados incrementó notablemente el riesgo de contagio, lo que a su vez, potenció el temor tanto a infectarse personalmente como a transmitir el virus a sus familiares, aunque en los centros de salud se implementaron diversas medidas de protección, esta exposición permanente generó elevados niveles de ansiedad y estrés (Pappa et al., 2020). El personal de enfermería tuvo un papel esencial en la atención durante la crisis sanitaria, los situó en un riesgo significativo de contagio, lo que se tradujo en un aumento de la preocupación, la ansiedad y el estrés emocional, un factor particularmente relevante fue el miedo a contraer el virus y a contagiar a sus seres queridos, produciendo un conflicto profundo entre el compromiso profesional y la necesidad de proteger a su entorno familiar. Esta preocupación se exacerbó en contextos donde se evidenció escasez de equipos de protección personal (EPP) y una percepción generalizada de falta de apoyo institucional, según lo señalado por Labrague y De los Santos (2021).

De acuerdo con Maben y Bridges (2020), el estrés asociado al riesgo biológico no sólo impactó la salud mental de profesionales de enfermería, sino también su bienestar físico, aumentando la incidencia de insomnio, ansiedad, síntomas depresivos y agotamiento emocional. Asimismo, varios estudios

reportaron que muchos profesionales se vieron en la necesidad de aislarse de sus familias o adoptar rutinas estrictas para prevenir la transmisión del virus, incrementando así el aislamiento social y el sufrimiento psicológico. En definitiva, el miedo al contagio constituyó un detonante fundamental del estrés en profesionales de enfermería durante la pandemia, lo que subraya la importancia de implementar políticas institucionales orientadas a la protección adecuada, la comunicación transparente y el apoyo emocional continuo.

2.1.5.3 Incertidumbre y falta de información

La incertidumbre relacionada con el manejo y tratamiento de la enfermedad, así como la ausencia de un conocimiento claro acerca de la evolución del virus y las continuas actualizaciones en los protocolos de atención durante las primeras fases de la pandemia por COVID-19, incrementaron significativamente el nivel de estrés en el personal de salud, especialmente en enfermería. Fernández et al. (2021), señalan que enfrentarse a un agente patógeno desconocido, con directrices cambiantes y escasa evidencia científica, aumentó la sensación de vulnerabilidad y temor entre el personal de salud.

Numerosos enfermeros manifestaron sentirse confundidos y frustrados debido a la falta de orientaciones claras sobre el uso adecuado de los equipos de protección personal, el manejo clínico de los pacientes y las medidas preventivas a adoptar. La sobrecarga informativa, en ocasiones contradictoria, contribuyó también a generar niveles elevados de ansiedad y estrés psicosocial en este grupo (Martínez et al., 2021).

Adicionalmente, la falta de claridad y certeza impactó negativamente en la toma de decisiones clínicas, incrementando la percepción de riesgo y descontrol, factores fundamentales en la aparición del síndrome de burnout y otras alteraciones psicológicas. La ausencia de canales de comunicación institucional efectivos agravó esta problemática, deteriorando el bienestar psicológico del personal de enfermería (Pappa et al., 2020).

2.1.5.4 Despersonalización y tragedias humanas

Durante la pandemia por COVID-19, el personal de enfermería se enfrentó a una exposición sin precedentes a situaciones traumáticas, incluyendo la muerte aislada de pacientes, el sufrimiento prolongado y la dificultad para brindar cuidados humanizados. La prolongación de estas circunstancias generó una intensa carga emocional que, en muchos casos, condujo a un proceso de despersonalización, uno de los componentes centrales del síndrome de burnout. Este fenómeno se manifestó como una respuesta adaptativa frente al dolor emocional constante y la sobrecarga empática, llevando a algunos enfermeros a adoptar actitudes distantes o frías hacia los pacientes. Maslach y Leiter (2016), señalan que esta reacción no es voluntaria, sino un mecanismo de defensa que protege psicológicamente frente al agotamiento emocional extremo.

Además, las condiciones laborales bajo presión como la escasez de recursos, la obligación de atender simultáneamente a múltiples pacientes en estado crítico y la frecuente pérdida de pacientes sin la compañía de sus familiares generaron sentimientos de impotencia, frustración, culpa y estrés moral. Este entorno incrementó la incidencia de estrés postraumático, altos niveles de ansiedad y síntomas depresivos entre el personal de enfermería (Hu et al., 2020). La exposición continuada a estas experiencias traumáticas, combinada con la necesidad de reprimir las emociones para cumplir con sus responsabilidades, impactó de manera significativa en la salud mental del personal, subrayando la urgencia de fortalecer el apoyo psicológico y emocional en el ámbito laboral.

2.1.5.5 Trastornos del Sueño

Durante la pandemia de COVID-19, el personal de enfermería presentó un aumento notable en trastornos del sueño, como insomnio, sueño fragmentado y descanso no reparador, los cuales se relacionaron directamente con los elevados niveles de estrés y la sobrecarga emocional en el entorno hospitalario. La ansiedad constante, el temor al contagio, la acumulación de fatiga y la prolongación de

los turnos laborales provocaron alteraciones significativas en los patrones habituales de descanso (Sagherian et al., 2021). El estrés crónico también impactó los ciclos de sueño debido a preocupaciones permanentes vinculadas a sus funciones, el riesgo de infección y la presión inherente a la responsabilidad de salvar vidas (Zheng et al., 2021), lo que no solo deterioró la salud mental del personal, sino que también repercutió negativamente en su desempeño laboral y en su calidad de vida.

La exposición constante a eventos traumáticos, junto con la incertidumbre sobre la evolución clínica de los pacientes, generó una hiperactivación del sistema nervioso que dificultó un descanso adecuado incluso fuera de los horarios laborales. Estas alteraciones afectaron tanto el bienestar físico y emocional del personal, como su estado de ánimo, la capacidad para la toma de decisiones y, en consecuencia, la seguridad del paciente (Zhang et al., 2020). Diversos estudios han señalado que el insomnio fue una de las manifestaciones psicológicas más frecuentes entre profesionales de enfermería durante la crisis sanitaria, persistiendo en muchos casos incluso después de la disminución de la emergencia, lo que evidencia un impacto prolongado en su salud mental (Pappa et al., 2020).

2.1.6 Pandemia por COVID-19 como generador de estrés en enfermería

La pandemia de COVID-19 ha tenido un efecto profundo y negativo en la salud mental del personal de enfermería, provocando un aumento significativo en los niveles de estrés, ansiedad, depresión y trastornos del sueño. Mensinger et al. (2022), realizaron un estudio transversal en Estados Unidos que evidenció que las enfermeras hospitalarias presentaron tasas considerablemente elevadas de estrés traumático y síntomas depresivos, ambas superiores al 54%, además de reportar insomnio en el 32.4% y ansiedad en el 37.3% de los participantes. Estos resultados indicaron que las enfermeras estadounidenses experimentaron más del doble de casos de trauma y casi el doble de depresión en comparación con datos globales durante la fase aguda de la pandemia.

En una revisión sistemática y metaanálisis que incluyó 93 estudios, Al Maqbali et al. (2021), identificaron una prevalencia del 43% de estrés, 37% de ansiedad, 35% de depresión y 43% de trastornos del sueño en profesionales de enfermería durante la pandemia, además resaltaron la necesidad de implementar estrategias de apoyo para disminuir el impacto psicológico en estos profesionales durante crisis sanitarias similares. De manera complementaria, Keršytė et al. (2022), concluyeron que el personal de enfermería enfrentó niveles de estrés superiores a los habituales, afectando negativamente tanto su desempeño profesional como su bienestar personal, enfatizando la importancia de intervenciones adecuadas para mitigar estos efectos.

Por otro lado, el estudio de Díaz et al. (2024), analizó la relación entre estrés laboral y calidad de vida en enfermería durante la pandemia, encontrando una correlación negativa significativa, donde niveles más elevados de estrés se asociaron con una peor calidad de vida. Además, el estudio reportó que factores sociodemográficos como ser mujer, estar soltero, separado o viudo, junto con mayores puntuaciones de estrés agudo, estuvieron relacionados con una disminución en la calidad de vida.

En un contexto latinoamericano, Chura (2023), evaluó la percepción profesional y el nivel de estrés en un hospital peruano durante la pandemia, identificando que el 70.7% del personal tenía un nivel medio de estrés y el 86% una alta percepción del impacto profesional, estableciendo una relación significativa entre ambas variables, asimismo, Al Maqbali et al. (2021), realizaron un metaanálisis con una muestra de 93,112 enfermeros, donde encontraron prevalencias similares a las reportadas en otros estudios: 43% de estrés, 37% de ansiedad, 35% de depresión y 43% de trastornos del sueño, reforzando la necesidad urgente de estrategias de apoyo psicológico para el personal de enfermería durante eventos pandémicos.

En México, Martínez et al. (2023), llevaron a cabo un estudio transversal que evidenció que el 91.4% del personal de enfermería temía contagiar a sus familias y el 59.5% fue profundamente afectado

por la muerte de pacientes con COVID-19. Además, factores como la indiferencia social y el incremento en el consumo de sustancias adictivas se relacionaron con mayores niveles de estrés y depresión. Estas investigaciones aportan evidencia consistente del impacto adverso que la pandemia de COVID-19 tuvo sobre la salud mental del profesional de enfermería, evidenciando la urgencia de implementar políticas y programas de apoyo psicológico. La prolongada exposición a condiciones estresantes durante la crisis sanitaria ha contribuido no solo a un incremento en trastornos del sueño, ansiedad y depresión, sino también a la aparición de problemas físicos asociados, tales como afecciones cardiovasculares, lo que resalta la necesidad de atención integral para este grupo profesional.

2.1.7 Consecuencias Psicológicas del Estrés en el personal de enfermería

Diversos estudios documentados en la literatura han evidenciado que el estrés crónico sufrido por el personal de enfermería durante la pandemia de COVID-19 tuvo un impacto considerable en su salud mental, manifestándose principalmente en trastornos como ansiedad, depresión y alteraciones en el sueño. Liu et al. (2020), reportaron que la exposición prolongada a situaciones de alta tensión, sumada a la falta de tiempo para la recuperación emocional, favoreció el desarrollo de trastornos de ansiedad, incluyendo trastorno de ansiedad generalizada, así como episodios de depresión mayor entre los trabajadores de la salud.

De manera similar Al Maqbali et al. (2021), mediante un metaanálisis que incluyó 93 estudios y una muestra total de 93,112 enfermeros, encontraron que el 43% del personal experimentó estrés, mientras que el 37% y el 35% presentaron síntomas de ansiedad y depresión, respectivamente. Además, el 43% de los enfermeros padecieron trastornos del sueño, lo que repercutió negativamente en su rendimiento laboral y bienestar general.

En particular, el insomnio se destacó como uno de los trastornos del sueño más prevalentes durante este periodo. Un estudio transversal realizado 18 meses después del inicio de la pandemia

observó que el personal de enfermería presentaba niveles de insomnio subumbrales, así como fatiga crónica moderada a alta y fatiga aguda elevada, efectos que fueron más pronunciados entre aquellos enfermeros que atendieron frecuentemente a pacientes con COVID-19, evidenciando un mayor deterioro en todas las medidas evaluadas (Al Maqbali et al., 2021). Estos hallazgos, junto con la alta prevalencia de ansiedad y depresión reportada en diferentes estudios, subrayan la necesidad de abordar estos trastornos psicológicos, ya que pueden derivar en consecuencias a largo plazo para la salud mental y el bienestar integral del personal de enfermería.

2.1.7.1 Estrategias para el manejo del Estrés

Diversas estrategias han sido propuestas en la literatura para mitigar los efectos del estrés en el personal de enfermería durante crisis sanitarias como la pandemia de COVID-19. Una de las intervenciones más relevantes es la implementación de programas de apoyo psicológico y fortalecimiento de la resiliencia en el entorno laboral. Estas acciones pueden incluir acceso a terapia psicológica individual, participación en grupos de apoyo, prácticas de mindfulness, así como entrenamientos en técnicas de relajación. Tales intervenciones han demostrado ser útiles para dotar al personal de herramientas para afrontar eficazmente el estrés y reducir los niveles de ansiedad (Cheung et al., 2020).

Asimismo, la mejora de las condiciones laborales se presenta como un aspecto clave para reducir la sobrecarga física y emocional del personal de enfermería. La contratación de recursos humanos adicionales para evitar la saturación de tareas, la provisión constante de equipos de protección personal (EPP) en cantidad y calidad adecuadas, así como la reorganización de los turnos para garantizar tiempos de descanso suficientes, son medidas que pueden contribuir significativamente a disminuir el estrés laboral crónico (Zheng et al., 2021).

Además, es esencial que las instituciones promuevan una cultura organizacional orientada al bienestar psicológico del personal. Esto implica ofrecer recursos educativos sobre manejo del estrés,

fomentar un clima de apoyo emocional entre colegas, y facilitar espacios de expresión donde los trabajadores puedan compartir experiencias y canalizar sus emociones. La promoción activa de la salud mental dentro del ámbito hospitalario no solo fortalece el bienestar individual, sino que también mejora el funcionamiento del equipo y la calidad del cuidado brindado a los pacientes (Pappa et al., 2020).

2.1.8 Impacto del estrés a largo plazo

Los efectos sostenidos del estrés en el personal de enfermería no sólo comprometen su salud física y mental, sino que también repercuten directamente en la calidad del cuidado proporcionado. El agotamiento emocional, la fatiga acumulada y los trastornos psicológicos pueden disminuir la capacidad de atención, la toma de decisiones clínicas y aumentar la probabilidad de errores, lo cual pone en riesgo la seguridad del paciente, además, el deterioro en el bienestar puede traducirse en un incremento del ausentismo laboral y en una menor retención del personal, afectando la estabilidad de los equipos de trabajo en contextos críticos.

Numerosos estudios han evidenciado que la pandemia de COVID-19 tuvo un impacto significativo sobre la salud mental del personal de enfermería, caracterizado por elevados niveles de estrés, ansiedad, depresión y trastornos del sueño. Por ejemplo, Çelmeçe y Menekay (2020), al evaluar a enfermeras de unidades de cuidados intensivos, reportaron puntuaciones medias y elevadas en ansiedad (11.31 ± 4.41) y depresión (10.03 ± 3.54) utilizando la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Asimismo, identificaron que el 53.3% de las participantes presentó síntomas de burnout y el 27% requirió apoyo profesional debido al agotamiento.

El mantenimiento prolongado de estos niveles elevados de estrés y burnout puede derivar en consecuencias de gran magnitud, incluyendo trastornos cardiovasculares, depresión crónica y deterioro en la calidad asistencial. Ghahramani et al. (2021), destacaron que en este contexto, se ha registrado un aumento en la intención de abandonar la profesión entre el personal de enfermería afectado, lo que

representa un riesgo para la sostenibilidad de los sistemas de salud. Estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar estrategias integrales que incluyan apoyo psicológico constante, condiciones laborales adecuadas y programas de intervención orientados a prevenir el desgaste profesional. En definitiva, la pandemia de COVID-19 puso en evidencia la vulnerabilidad del personal de enfermería frente a entornos de alta presión y resaltó la necesidad de promover medidas estructurales que garanticen su salud mental y bienestar a largo plazo.

2.2 Salud Mental

2.2.1 Definición

La salud mental constituye un componente esencial del bienestar general de los individuos y se refiere a un estado de equilibrio emocional, psicológico y social que permite a la persona afrontar las tensiones cotidianas, desempeñarse de forma productiva y contribuir activamente a su comunidad (WHO, 2005). Este concepto va más allá de la mera ausencia de trastornos mentales, ya que implica la capacidad de desarrollar habilidades, establecer relaciones interpersonales sanas y adaptarse a los cambios y demandas de la vida diaria.

Desde una perspectiva integral, la salud mental se considera parte fundamental de la salud global, junto con la salud física y la armonía social, elementos que en conjunto configuran el bienestar del ser humano (Campo y Herazo, 2014). En este sentido, se reconoce que factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales influyen significativamente en el estado de salud mental de las personas (WHO, 2020).

La salud mental representa mucho más que la ausencia de enfermedades mentales; se trata de una dimensión esencial del bienestar humano, de acuerdo con la OMS, implica la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades, afrontar las tensiones cotidianas, trabajar de manera eficaz y contribuir positivamente a su comunidad, en este sentido, la salud mental es un aspecto relevante para todas las personas, no solo para quienes enfrentan trastornos psicológicos.

Desde una perspectiva de promoción y prevención, tener buena salud mental supone fomentar habilidades individuales y colectivas que fortalezcan la capacidad de adaptación y el bienestar general (Keyes, 2002), además, el equilibrio psicológico se vincula con la habilidad de interactuar de forma

saludable con el entorno, aprovechando los recursos emocionales y cognitivos disponibles para gestionar adecuadamente las exigencias diarias (Ryff y Singer, 2008).

En este marco, la salud mental comprende tanto el manejo del estrés como la organización armoniosa de la vida personal y laboral, manteniendo la estabilidad emocional y funcional necesaria para afrontar las demandas cotidianas, afecciones como el estrés, la ansiedad o la depresión pueden alterar significativamente este equilibrio, interfiriendo en la vida diaria de las personas. La Organización Mundial de la Salud (2022), enfatiza que preservar y restaurar la salud mental constituye una prioridad tanto a nivel individual como colectivo, especialmente considerando que gran parte de la población mundial afectada por trastornos mentales no recibe atención adecuada.

De acuerdo con la OMS (2021), cerca de 727,000 personas fallecen por suicidio cada año a nivel mundial, y por cada muerte registrada se estima que ocurren numerosos intentos, sugiriendo que entre 10 y 20 millones de personas intentan quitarse la vida anualmente, por ello, la salud mental debe abordarse como un proceso dinámico que requiere la implementación de estrategias preventivas, recursos terapéuticos accesibles y políticas públicas enfocadas en la equidad, prestando especial atención a los grupos vulnerables o marginados, quienes presentan un mayor riesgo de desarrollar afecciones mentales

2.2.2 Contexto Internacional

En el ámbito internacional, la salud mental se encuentra respaldada por un marco normativo conformado por principios, lineamientos y políticas impulsadas por organismos como la OMS, cuyo objetivo es garantizar el acceso equitativo a servicios de atención, salvaguardar los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y fomentar el bienestar psicológico a lo largo de toda la vida (WHO, 2021), este marco promueve un enfoque integral y centrado en la persona, reconociendo la salud mental como un componente fundamental de la salud pública y del desarrollo sostenible.

La OMS ha advertido que la creciente demanda de atención en salud mental, tanto en el presente como en el futuro, exige el diseño e implementación de programas de intervención innovadores, basados en evidencia científica, así mismo, destaca la importancia de contar con voluntad política, compromiso institucional y consenso social para lograr una transformación efectiva en los sistemas de atención a la salud mental, especialmente en contextos de crisis y vulnerabilidad (WHO, 2022).

Según la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2021), uno de los pilares fundamentales del marco de atención en salud mental es el *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030*, el cual establece cuatro objetivos principales: fortalecer el liderazgo y la gobernanza en este ámbito, garantizar la disponibilidad de servicios comunitarios integrados y basados en el respeto a los derechos humanos, implementar estrategias de promoción y prevención, así como mejorar la producción de información, evidencia e investigación en materia de salud mental.

El marco internacional en torno a la salud mental reconoce que esta constituye un componente esencial e inseparable de la salud general. Su omisión puede acarrear consecuencias sanitarias, sociales y económicas de gran magnitud, en este sentido, la OMS ha subrayado la necesidad de fortalecer los sistemas de salud para que puedan responder eficazmente a la creciente demanda de atención en salud mental, en especial durante situaciones de emergencia como pandemias, conflictos armados o desastres naturales (Patel et al., 2018).

Además, dicho marco promueve la erradicación del estigma y la discriminación hacia las personas con trastornos mentales, enfatizando la necesidad de brindar atención con enfoque humanista y libre de coerción, este enfoque se encuentra en consonancia con los principios establecidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, la cual exhorta a los estados a garantizar el respeto irrestricto a la dignidad, autonomía y derechos de quienes viven con condiciones de salud mental (Organización de las Naciones Unidas, 2006).

Desde inicios del siglo XXI, la OMS ha reiterado la urgencia de desarrollar e implementar programas eficaces en salud mental, en particular, en 2001 dedicó el día mundial de la salud a esta temática, reconociendo su relevancia no solo como un problema de salud pública, sino como un factor crucial para el progreso social y económico de los países (WHO, 2001), en resumen, el marco internacional de salud mental ha evolucionado significativamente en las últimas décadas, centrando sus esfuerzos en el fortalecimiento de políticas basadas en derechos humanos, la atención centrada en la persona y los enfoques comunitarios, este avance ha sido liderado principalmente por organismos como la OMS, con el fin de enfrentar los retos globales en salud mental y promover el bienestar psicológico a nivel mundial.

2.2.2.1 Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013–2030

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció el *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013–2030*, el cual constituye una hoja de ruta global para mejorar la salud mental e integrarla dentro de la cobertura universal de salud, en concordancia con los instrumentos internacionales de derechos humanos. Este plan plantea cuatro objetivos estratégicos: fortalecer el liderazgo y la gobernanza efectiva en materia de salud mental; garantizar la disponibilidad de servicios integrales y comunitarios; implementar acciones de promoción y prevención; y consolidar los sistemas de información, la generación de evidencia y la investigación en este campo (WHO, 2021).

2.2.2.2 Informe mundial sobre la Salud Mental 2022

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el *Informe Mundial sobre la Salud Mental*, en el cual se resalta la necesidad de transformar los sistemas de atención para que sean más accesibles, inclusivos y equitativos, el documento enfatiza cuatro prioridades centrales: incrementar la inversión destinada a la salud mental, reducir el estigma y la discriminación hacia las personas con trastornos mentales, promover enfoques de atención basados en la comunidad y garantizar la participación activa de quienes poseen experiencia vivida en los procesos de formulación de políticas (WHO, 2022).

2.2.2.3 Marco Europeo de Acción en Salud Mental 2021–2025

La Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó el *Marco Europeo de Acción en Salud Mental 2021–2025*, como respuesta a los desafíos profundizados por la pandemia de COVID-19. Este marco enfatiza la integración de la salud mental en todos los sectores de la sociedad, el fortalecimiento de los servicios en el primer nivel de atención y la promoción de entornos que favorezcan el bienestar mental, con el fin de consolidar sistemas de salud más resilientes y sensibles a las necesidades psicosociales de la población (WHO, 2022).

2.2.2.4 Iniciativas especiales y programas globales

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha impulsado diversas iniciativas para reducir las brechas en la atención de la salud mental a nivel global. Entre ellas se encuentra el *Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP)*, orientado a ampliar los servicios en países de ingresos bajos y medianos mediante la capacitación de los trabajadores de la salud y la integración de la atención en el primer nivel. Asimismo, la *Iniciativa Especial para la Salud Mental* busca fortalecer el acceso a servicios en entornos comunitarios, promoviendo enfoques basados en los derechos humanos y favoreciendo la inclusión social de las personas con trastornos mentales (WHO, 2021).

2.2.2.5 Desafíos persistentes y necesidad de acción

A pesar de los avances alcanzados en la atención a la salud mental, persisten importantes desafíos a nivel global, entre ellos, destaca la subinversión en el área, ya que en muchos países menos del 2% de los presupuestos nacionales de salud se destina a este rubro, así mismo, se mantienen brechas significativas en la cobertura de servicios, lo que implica que una proporción considerable de personas con trastornos mentales no recibe la atención adecuada, finalmente, el estigma y la discriminación

continúan representando barreras críticas que dificultan tanto la búsqueda como el acceso efectivo a la atención en salud mental (WHO, 2022).

2.2.3 Contexto de la salud mental en América Latina

La implementación del marco internacional de salud mental en América Latina ha sido impulsada principalmente por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en colaboración con los países miembros, adaptando las directrices globales a las realidades regionales.

2.2.3.1 Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013–2030

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha impulsado la adopción del *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013–2030* de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual establece como objetivos estratégicos fortalecer el liderazgo y la gobernanza en el ámbito de la salud mental, garantizar la provisión de servicios integrales basados en la comunidad, implementar acciones de promoción y prevención, así como consolidar los sistemas de información y la investigación. Este plan ha servido como un marco orientador para que los países de América Latina desarrollen políticas y programas nacionales ajustados a sus necesidades y contextos particulares (OPS, 2021).

2.2.3.2 Estrategia Regional de Salud Mental 2021–2025

En respuesta a los desafíos profundizados por la pandemia de COVID-19, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) presentó la *Estrategia Regional de Salud Mental 2021–2025*, cuyo propósito es orientar a los países hacia sistemas de atención más inclusivos y accesibles. Esta estrategia enfatiza la necesidad de integrar la salud mental en todas las políticas públicas, mejorar la disponibilidad y calidad de los servicios comunitarios, promover la desinstitucionalización mediante modelos de atención centrados en la persona y fortalecer tanto la prevención del suicidio como la capacidad de respuesta ante emergencias (OPS, 2021).

2.2.3.3 Iniciativas y Programas Regionales

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha desarrollado diversas iniciativas para apoyar a los países en la implementación del marco internacional de salud mental, entre estas acciones destacan la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19, creada para asesorar en la mejora de la atención y la recuperación psicosocial durante y después de la pandemia; el *Atlas de Salud Mental de las Américas 2020*, que proporciona información detallada sobre los sistemas de salud mental de la región, identificando brechas y áreas de mejora; y el *Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental*, implementado en varios países con el fin de ampliar el acceso a servicios de salud mental, especialmente en el primer nivel de atención (OPS, 2020, 2021).

2.2.3.4 Desafíos Persistentes

A pesar de los avances en la región, persisten desafíos significativos en materia de salud mental. Entre ellos se encuentran la subinversión, dado que en muchos países menos del 2% del presupuesto de salud se destina a este ámbito; la escasez de profesionales capacitados en salud mental; la estigmatización y discriminación hacia las personas con trastornos mentales; y la necesidad de fortalecer la integración de la salud mental tanto en la atención primaria como en las políticas públicas, a fin de garantizar servicios más accesibles, inclusivos y centrados en la persona (OPS, 2021, 2022).

2.2.4 Salud Mental en México

En las últimas décadas, los problemas de salud se han incrementado significativamente a nivel global, y México no ha sido ajeno a esta tendencia. Los trastornos mentales se encuentran entre las principales causas de carga de enfermedad y discapacidad a nivel mundial, afectando de manera particular a las poblaciones expuestas a condiciones sociales adversas. Este escenario ha impulsado la adopción de políticas y estrategias alineadas con el marco internacional de salud mental, promovido por organismos como la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

En este contexto, México ha avanzado en la implementación de diversas iniciativas clave. Una de las más destacadas es la adopción del *Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP)* desde 2019 (WHO, 2019), esta estrategia busca capacitar a la totalidad del personal de atención primaria para ampliar el acceso a servicios de salud mental, especialmente en zonas rurales y marginadas, con la meta de lograr una cobertura nacional completa para 2024.

Se programó que a partir del año 2025, se implemente un nuevo modelo de atención integral que incluye tanto la salud mental como las adicciones en el primer nivel de atención, este modelo adopta un enfoque centrado en la persona, comunitario y orientado hacia la desinstitucionalización, en concordancia con las recomendaciones internacionales sobre derechos humanos y atención accesible, así mismo, México se ha sumado a la *Estrategia Regional de Salud Mental 2021–2025* de la OPS, que promueve la integración de la salud mental en todas las políticas públicas, el fortalecimiento de los servicios comunitarios y la creación de entornos que favorezcan el bienestar psicosocial (OPS, 2021).

En términos de diagnóstico del sistema, la OMS realizó una evaluación utilizando el *Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (IESM-OMS)*. Este diagnóstico identificó retos persistentes, como la insuficiencia de recursos humanos especializados, la necesidad de reforzar la atención comunitaria y la mejora de la coordinación interinstitucional, mientras que en el ámbito educativo, la

Secretaría de Educación Pública (SEP) inició en 2024 un programa nacional para monitorear la salud mental, física y nutricional de aproximadamente 24.9 millones de estudiantes de educación básica como parte de la *Estrategia Nacional Integral de Vida Saludable*, que tiene como objetivo fomentar hábitos saludables desde etapas tempranas de la vida. Finalmente, México ha mantenido una participación en foros internacionales de salud mental, como la 156ª reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS, donde reiteró su compromiso con el fortalecimiento de la salud mental mediante la promoción de la conexión social, la reducción del aislamiento y el abordaje integral de la soledad como factores de riesgo psicosocial.

2.2.5 Factores contribuyentes a las afecciones de salud mental

La salud mental puede verse afectada en cualquier etapa de la vida, sin distinción de edad, género, nivel socioeconómico u origen étnico. A nivel global, y particularmente en países como Estados Unidos, los trastornos mentales representan una de las principales causas de discapacidad (Basset, 2012). La aparición y evolución de estos trastornos está influida por una multiplicidad de factores, entre los que se encuentran las condiciones sociales, económicas, biológicas y las decisiones relacionadas con el estilo de vida.

Diversas personas con problemas de salud mental presentan más de una afección de manera simultánea, lo que refleja la complejidad de los procesos implicados en su desarrollo. El equilibrio necesario para mantener un estado óptimo de salud mental puede verse alterado por factores contextuales y ambientales, los cuales actúan como elementos de riesgo o protección según las circunstancias particulares de cada individuo (Basset, 2012).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la salud mental es un componente inseparable de la salud general y constituye el resultado de una interacción dinámica entre factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales, cualquier alteración en este equilibrio puede derivar en

la aparición o agravamiento de trastornos mentales, afectando el bienestar emocional, cognitivo y conductual de las personas, con repercusiones a lo largo del ciclo vital (WHO, 2022).

2.2.5.1 Factores bilógicos

Entre los factores biológicos más relevantes están la herencia genética, los desequilibrios neuroquímicos; como la serotonina o dopamina, enfermedades crónicas lesiones cerebrales, enfermedades neurológicas, cambios hormonales y complicaciones prenatales, estos factores pueden predisponer a trastornos como depresión, ansiedad, esquizofrenia, trastorno bipolar u otros trastornos psiquiátricos (Patel et al., 2018).

2.2.5.2 Factores psicológicos

Experiencias adversas en la infancia, como el abuso, negligencia, abandono o perdida de un ser querido, así como patrones disfuncionales de pensamiento, estilos de afrontamiento disfuncionales, baja autoestima o dificultades en el manejo del estrés y de las emociones, son importantes factores que aumentan en riesgo de alteraciones mentales (American Psychiatric Association, 2022).

2.2.5.3 Factores sociales y ambientales

El desempleo, la pobreza, la discriminación, el aislamiento social, la inseguridad alimentaria, la violencia, la inestabilidad política, las condiciones precarias de vida, la falta de acceso a servicios de salud son factores que afectan de manera directa a la salud mental. Las crisis sociales y sanitarias, como la pandemia de COVID-19, han intensificado estos riesgos en muchas poblaciones (WHO, 2022; Patel et al., 2018).

2.2.5.4 Estigma y barreras culturales

El estigma asociado a los trastornos mentales sigue siendo una barrera importante para la búsqueda de ayuda y acceso a los servicios de salud, contribuye a perpetuar el sufrimiento y aumentar la

vulnerabilidad de quienes los padecen, especialmente en contextos donde este tipo de temas aún son tabú. Muchas personas no acceden a servicios de salud mental por miedo a la discriminación o por desconocimiento, lo cual agrava la situación (Corrigan y Watson, 2002).

2.2.5.5 Factores laborales y académicos

Ambientes de trabajo o estudio con altas demandas y bajo control, jornadas extensas, acoso o falta de apoyo social también contribuyen significativamente al estrés crónico, ansiedad y burnout (Leka et al., 2010). Situaciones como pandemias, conflictos armados, migración forzada o desastres naturales aumentan el riesgo de desarrollar estrés postraumático, depresión o ansiedad. La pandemia de COVID-19, por ejemplo, agudizó muchos de estos factores a nivel global (Pappa et al., 2020).

2.2.5. Efectos de las afecciones a la salud mental

La vinculación entre el trabajo y la salud mental ha adquirido una relevancia creciente en los entornos laborales actuales, aunque aún no se ha alcanzado un consenso uniforme en torno a sus definiciones ni en las estrategias de intervención adoptadas. El concepto de estrés laboral ha emergido como una categoría central para comprender los efectos adversos del entorno laboral sobre el bienestar psicológico de los trabajadores, sin embargo, existen distintas perspectivas sobre su naturaleza, lo que ha dado lugar a interpretaciones que lo entienden como el resultado de una interacción dinámica entre las exigencias laborales y la capacidad del individuo para afrontarlas. Cuando estas demandas superan los recursos disponibles del trabajador, el estrés puede convertirse en un riesgo significativo para la salud física y mental (Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo [INSST], 2023).

Desde una perspectiva centrada en la enfermedad, uno de los principales problemas de salud mental vinculados al entorno laboral es la depresión, debido a sus elevados costos personales y sociales, otro aspecto relevante es la violencia en el trabajo, la cual constituye un factor de riesgo que, a pesar de

su frecuencia e impacto, no siempre es identificado claramente en las evaluaciones de estrés laboral. A pesar de estas limitaciones, existen modelos explicativos e intervenciones útiles para la promoción integral de la salud mental en el ámbito laboral, así como para prevenir su deterioro (Parra, 2004 citado en Basset, 2012).

La pérdida de salud mental suele manifestarse a través de trastornos mentales que implican alteraciones en las funciones psicológicas e incluso neurológicas, entre los más frecuentes se encuentran el estrés, la depresión, los trastornos de ansiedad y las adicciones, los cuales no solo afectan la vida personal y la productividad del individuo, sino también su entorno social y familiar (Román, 2006 citado en Basset, 2012). Cuando el estrés no es tratado adecuadamente, puede evolucionar hacia un trastorno de estrés postraumático, cuya severidad puede limitar significativamente la funcionalidad de la persona en ámbitos productivos, sociales y afectivos.

Del mismo modo, una depresión no atendida puede derivar en conductas suicidas y episodios de desconexión con la realidad. Estas afecciones, si no se abordan de forma oportuna y con rigor clínico, pueden evolucionar hacia patologías mentales más graves. Por ello, es fundamental adoptar medidas preventivas para conservar la salud mental, lo cual incluye prácticas de autocuidado como la actividad física regular, el descanso adecuado, una alimentación equilibrada y una gestión saludable de los problemas cotidianos. (Hazzard, 2008 citado en Basset, 2012).

Castillo (2008), señala que los avances en las ciencias de la salud, especialmente en las neurociencias, han permitido una mejor comprensión de las interacciones entre los componentes del estado de salud y han facilitado la definición de intervenciones preventivas, sin embargo, el componente psicosocial sigue sin recibir una atención equitativa en las políticas públicas y en los programas institucionales de salud (Basset, 2012).

2.2.6 Salud mental en Enfermería

Una de las funciones primordiales del personal de enfermería es la gestión del cuidado, entendida como la responsabilidad de preservar la vida mediante la satisfacción de las necesidades básicas del paciente. Esta labor convierte al enfermero en el único cuidador presente de forma continua a lo largo del proceso asistencial (García y Martínez, 2001; Zárate, 2004, en Basset, 2012). Sin embargo, esta constante exposición al cuidado lo sitúa en un contexto de alta vulnerabilidad frente a factores estresantes, tanto físicos como psicológicos.

León (2007), coincide en que el personal de enfermería, al constituirse como cuidadores permanentes en los servicios de salud, están expuestos a múltiples fuentes de estrés, lo que los convierte en una población especialmente susceptible a desarrollar alteraciones en su salud si no gestionan adecuadamente las exigencias emocionales del proceso de cuidado. En consonancia, el Consejo Internacional de Enfermeras (ICN, 2014), establece que la enfermería comprende cuidados tanto autónomos como colaborativos para personas de todas las edades y condiciones, lo que implica una exposición constante a situaciones de tensión emocional propias de la práctica clínica. Esto exige un adecuado equilibrio físico y mental por parte del profesional al momento de prestar cuidados (Alligood y Tomey, 2010).

Particularmente en las unidades de cuidados intensivos (UCI), el personal de enfermería se enfrenta de manera continua a escenarios de dolor, sufrimiento, miedo e irritabilidad, tanto en los pacientes como en sus familias, estas condiciones intensifican la carga emocional del personal, dado que el entorno hospitalario es percibido con frecuencia como amenazante y angustiante (López et al., 2008). Aunque estas situaciones pueden presentarse en diversas áreas clínicas, son especialmente prevalentes en las UCI, donde la proximidad constante a la muerte y al sufrimiento constituye una característica inherente.

Zambrano (2006), agrega que el entorno de las UCI se caracteriza por cambios vertiginosos y constantes avances tecnológicos, lo que exige al profesional de enfermería mantenerse actualizado. Esta exigencia, sumada a factores como el conflicto con superiores jerárquicos, la sobrecarga laboral y la confrontación diaria con el dolor y la muerte, puede desencadenar alteraciones significativas en la salud mental del personal.

En este sentido, Ribera et al. (1993), consideran que el entorno laboral del personal de enfermería es, por naturaleza, un contexto de riesgo, dado que implica una exposición prolongada a situaciones que afectan su bienestar físico y emocional, a menudo, estos riesgos son percibidos como parte inherente de la profesión, lo que repercute negativamente en el autocuidado, no obstante, estos autores proponen la implementación de estrategias preventivas y de promoción del autocuidado como medio para preservar la salud mental del personal, destacando la importancia de evaluaciones periódicas y programas de gestión del riesgo. Coinciden en que los trabajadores de la salud representan uno de los grupos con mayor prevalencia de alteraciones psicológicas.

Además del estrés y el síndrome de burnout, se han documentado otros trastornos mentales en el personal de enfermería, en México, durante la pandemia por COVID-19, un estudio reportó que el 78.3 % del personal de enfermería presentó síntomas de ansiedad moderada, mientras que el 21.7 % mostró ansiedad grave (García et al., 2023). También se ha observado una alta prevalencia del trastorno de estrés postraumático, asociado a factores como la baja resiliencia y la percepción elevada del riesgo (Blanco et al., 2022). El burnout, en particular, ha sido identificado como una condición que no solo deteriora el desempeño laboral, sino que también se relaciona con síntomas graves de salud mental como la depresión, la ansiedad y los trastornos del sueño, adicionalmente, contribuye a una reducción en la satisfacción profesional y a un aumento en la intención de abandonar la profesión (Luceño et al., 2020).

2.2.7 Salud mental y COVID-19 en profesionales de enfermería

La pandemia de COVID-19 ha generado un impacto considerable en la salud mental del personal de enfermería a nivel global. Al desempeñar un rol central en la atención directa de pacientes durante la emergencia sanitaria, el personal de enfermería se enfrentó a exigencias emocionales, psicológicas y físicas excepcionales, la sobrecarga laboral, el contacto continuo con el sufrimiento y la muerte, el temor al contagio y la insuficiencia de recursos materiales y humanos intensificaron los problemas de salud mental, favoreciendo la aparición de síntomas como estrés, ansiedad, depresión y el síndrome de burnout.

Estas condiciones no solo han afectado el bienestar general del personal de enfermería, sino que también han mermado su capacidad para brindar cuidados de calidad. A pesar de que en algunas regiones se implementaron intervenciones orientadas al fortalecimiento de la resiliencia y al apoyo psicológico, el grado de afectación observado evidencia que será imprescindible una respuesta más estructurada e integral ante futuras crisis sanitarias de similares características.

Diversas investigaciones han documentado un incremento sustancial en la prevalencia de trastornos mentales entre el personal de enfermería durante la pandemia. Galanis et al. (2021), reportaron que entre el 32 % y 37 % de los enfermeros presentaron ansiedad, entre el 32 % y 35 % manifestaron síntomas depresivos, y entre el 38 % y 43% reportaron alteraciones del sueño. De manera similar, Vizheh et al. (2020), identificaron que las enfermeras fueron uno de los grupos más afectados en comparación con otros profesionales de la salud, al estar expuestas a mayores riesgos psicosociales.

Entre los factores que intensificaron esta afectación se encuentran la sobrecarga laboral, la carencia de equipos de protección personal adecuados, el temor al contagio y la pérdida recurrente de pacientes y colegas (ICN, 2021). Ghozy et al. (2022), mediante una encuesta aplicada en 35 países, encontraron que más del 60 % del personal de enfermería reportó altos niveles de estrés y agotamiento,

lo cual refuerza la urgencia de implementar políticas efectivas que atiendan la salud mental de estos profesionales.

Pappa et al. (2020), también evidenciaron que el estrés en el personal de enfermería aumentó de forma significativa como resultado de la sobrecarga de trabajo, el contacto con pacientes críticamente enfermos y el temor permanente de contagiarse o transmitir el virus a sus familiares. A ello se sumaron la incertidumbre frente a los tratamientos médicos y la carencia de insumos de protección, lo que incrementó la sensación de vulnerabilidad en este colectivo.

Por su parte, Zheng et al. (2021), sostienen que el síndrome de burnout aumentó de manera relevante durante la pandemia debido al agotamiento emocional generado por jornadas extensas, la exposición repetida a escenarios de alta mortalidad y el distanciamiento social. En este contexto, muchos profesionales ya presentaban una carga laboral elevada antes de la crisis, lo que se intensificó con las nuevas demandas sin contar con recursos suficientes ni espacios de contención emocional. Estudios adicionales también han señalado un incremento notable de los síntomas depresivos y de las alteraciones del sueño entre el personal de enfermería.

Liu et al. (2020), señalan que el estrés, la ansiedad, el agotamiento físico y emocional, y la incertidumbre sobre el futuro alteraron significativamente los patrones de sueño, generando además sentimientos de desesperanza ante la imposibilidad de brindar una atención adecuada. Aunque se han desarrollado programas de apoyo psicológico y fortalecimiento de la resiliencia en varios países, su eficacia ha sido variable. Cheung et al. (2020), señalan que, en múltiples casos, estos programas resultaron insuficientes o mal implementados, lo que evidencia la necesidad de fortalecer las políticas institucionales orientadas al cuidado integral del personal de enfermería.

2.2.7.1 Estrategias de prevención y manejo

Durante la pandemia de COVID-19, el personal de enfermería se enfrentó a una presión sin precedentes que impactó significativamente su salud mental. La constante exposición a situaciones de alto riesgo, junto con la carga emocional y física inherente al trabajo y la incertidumbre continua, contribuyeron al aumento en la prevalencia de trastornos como la ansiedad, la depresión, los trastornos del sueño y el síndrome de burnout (Lai et al., 2020; Pappa et al., 2020).

Para contrarrestar estas alteraciones en la salud mental, se han propuesto diversas estrategias preventivas. En una revisión narrativa, Caballol et al. (2021), clasificaron dichas medidas en dos grandes categorías: por un lado, las estrategias organizacionales, que abarcan la promoción de la salud mental y la mejora del entorno laboral; y por otro, las estrategias personales, que se centran en fomentar la comunicación efectiva y el autocuidado entre el personal.

La evidencia científica actual enfatiza la importancia de abordar la salud mental del personal de enfermería desde una perspectiva integral, implementando intervenciones que consideren tanto los factores organizacionales como los individuales, con el fin de prevenir y atender eficazmente las alteraciones en este ámbito de la salud. Así, diferentes autores han planteado diversas estrategias como intervenciones efectivas para proteger el bienestar de estos profesionales y asegurar la calidad en la atención que brindan.

2.2.7.1.1 Organizacionales

- Jornadas laborales adecuadas: La gestión de turnos y la reducción de horas extraordinarias son fundamentales para prevenir el agotamiento de acuerdo con Galanis et al. (2021).
- Apoyo institucional: Proporcionar equipos de protección, condiciones laborales seguras y acceso a servicios básicos reduce el estrés relacionado con el entorno de trabajo (Shanafelt et al., 2012).

- Cultura organizacional de cuidado: Fomentar ambientes laborales que promuevan el respeto, el reconocimiento y la comunicación efectiva.
- Mejora de condiciones laborales: Asegurar una cantidad adecuada de personal y recursos para reducir la carga de trabajo. (Fernández et al., 2021)

2.2.7.1.2 Psicológicas y psicosociales

- Atención psicológica profesional: Ofrecer acceso gratuito y confidencial a servicios de salud mental es esencial para el tratamiento oportuno de síntomas emocionales (Chen et al., 2020).
- Apoyo entre pares y grupos de contención: espacios donde los trabajadores pueden compartir experiencias ayudan a reducir el aislamiento emocional (WHO, 2020).
- Apoyo psicológico: Implementación de programas de apoyo emocional y asesoramiento para el personal de enfermería.

2.2.7.1.3 Capacitación y fortalecimiento de habilidades

- Entrenamiento en afrontamiento del estrés: Incluir estrategias de autocuidado, manejo de emociones, mindfulness y resiliencia ha demostrado efectividad en la reducción de síntomas de burnout y ansiedad (Zhang et al., 2020).
- Educación continua sobre salud mental: Ayuda a desestigmatizar el acceso a los servicios y promueve la detección temprana de síntomas.
- Formación en manejo del estrés: Capacitación en técnicas de afrontamiento y resiliencia para enfrentar situaciones estresantes (Fernández et al., 2021).

2.2.7.1.4 Políticas públicas y marcos institucionales

- Las recomendaciones de la OMS y la OPS han promovido el desarrollo de políticas nacionales que integren la salud mental en el sistema de salud y prioricen al personal de primera línea, incluyendo enfermería (WHO, 2022).

2.3 Síndrome de Burnout.

2.3.1 Definición

La mayoría de los especialistas coinciden en que el síndrome clínico del burnout fue descrito por primera vez por Herbert Freudenberger en 1974, quien lo definió como una sensación de fracaso y desgaste que resulta de una sobrecarga en el uso de energías, recursos personales y la fuerza espiritual del trabajador (Gómez, 2008). Freudenberger (1974), observó que, tras aproximadamente un año de trabajo, muchos voluntarios en la clínica donde laboraba mostraban una pérdida progresiva de energía que culminaba en agotamiento, además de síntomas de ansiedad, depresión, desmotivación laboral y conductas agresivas hacia los pacientes.

En 1976, Cristina Maslach presentó públicamente el término "burnout" durante el Congreso Anual de la Asociación de Psicología (APA), describiéndolo como una situación cada vez más común en trabajadores de servicios humanos que, tras largos periodos de dedicación, terminaban "quemándose", posteriormente, en 1979, Maslach identificó la relación entre la sobrecarga emocional y el síndrome, destacando que este fenómeno es característico en personas cuyo trabajo implica una atención directa y prolongada a otros individuos, junto con Jackson, definió el burnout como un síndrome tridimensional compuesto por agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal (Gómez, 2008).

Maslach y Jackson (1981), consolidaron el concepto de burnout como un síndrome de estrés crónico que afecta principalmente a profesiones de servicio caracterizadas por una atención intensa y prolongada hacia personas en situación de necesidad o dependencia. En 1982, Maslach y Leiter desarrollaron el Inventario de Burnout de Maslach (MBI), un instrumento que mide los tres factores centrales del síndrome: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, especialmente en educadores y personal de servicios humanos.

Farber (1983), propuso una definición que relaciona el burnout con el ámbito laboral, señalando que surge de la percepción de una discrepancia entre los esfuerzos realizados y los resultados obtenidos. Este síndrome es frecuente en profesionales que trabajan cara a cara con clientes necesitados o problemáticos, y se caracteriza por agotamiento emocional, falta de energía, distanciamiento y cinismo, sentimientos de incompetencia, deterioro del autoconcepto profesional, actitudes de rechazo hacia el trabajo y otros síntomas psicológicos como irritabilidad, ansiedad, tristeza y baja autoestima (Quiceno y Alpi, 2007).

Gil Monte y Peiró (1997), plantean dos perspectivas para el síndrome: una clínica, que lo entiende como un estado resultado del estrés laboral, y otra psicosocial, que lo concibe como un proceso derivado de la interacción entre variables personales y del entorno laboral. Considerar el burnout como estado implica conductas y sentimientos asociados al estrés, mientras que verlo como proceso implica diferentes etapas con sintomatologías diversas (Quiceno y Alpi, 2007). Desde esta perspectiva psicosocial, Gil Monte (2003), sostiene que este síndrome se manifiesta con bajos niveles de realización personal y altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización.

Varios autores señalan que, a diferencia del estrés, que puede ser positivo, el burnout es un proceso con connotaciones exclusivamente negativas. Los factores comunes del burnout incluyen; su aparición en el ámbito laboral, la asociación con interacciones humanas intensas, la afectación a profesionales que deben responder a las necesidades de otros, y una mayor prevalencia en sectores como la salud y la educación. El burnout debe entenderse como un proceso progresivo, que varía según las expectativas individuales en relación con la realización personal en el trabajo. Este proceso generalmente se desencadena cuando la percepción idealista inicial de aporte y reconocimiento no coincide con la realidad laboral (Gómez, 2008).

2.3.2 Causas del Burnout.

Las causas del síndrome de agotamiento profesional son diversas y pueden presentarse simultáneamente en una misma persona, variando en intensidad a lo largo del tiempo. Es importante considerar que el burnout es un proceso dinámico que se desarrolla por la acumulación progresiva de estímulos estresores. Este síndrome representa una respuesta inadecuada al estrés laboral crónico, en la que confluyen factores organizacionales, personales y relacionados con las condiciones laborales (Gómez, 2008).

2.3.3 Principales causas o factores condicionantes.

Diversos aspectos personales y laborales influyen en la aparición del síndrome de agotamiento profesional. En cuanto a la personalidad, las personas con rasgos perfeccionistas, altas competencias y una fuerte vocación tienden a ser más vulnerables, especialmente aquellas que mantienen grandes expectativas, están altamente comprometidas con su labor y presentan baja tolerancia a la frustración. En relación con la edad y el estado civil, este síndrome se observa con mayor frecuencia en individuos jóvenes y en quienes son solteros o están separados.

Asimismo, la falta de formación adecuada, particularmente en habilidades de comunicación interpersonal, juega un papel decisivo en el desarrollo del burnout. Por último, la prolongada dificultad para acceder al empleo en su área de formación también contribuye; muchos recién egresados enfrentan desempleo o empleos ajenos a su carrera, lo que podría explicar la mayor prevalencia de burnout en profesionales jóvenes, a pesar de que la lógica indicaría una mayor incidencia en personal sanitario con más años de experiencia y mayor desgaste laboral (Gómez, 2008).

2.3.4 Condiciones laborales

El ambiente laboral juega un papel fundamental en la aparición del síndrome de burnout. Aspectos como la burocratización excesiva, la rutina constante, condiciones ambientales deficientes, la falta de estabilidad laboral y los horarios que alteran los ritmos biológicos contribuyen significativamente a este problema. La ausencia de reconocimiento, las dificultades en las relaciones interpersonales con colegas, y el manejo de jefes incompetentes o con conductas tóxicas también son factores críticos. En particular, las relaciones conflictivas en el trabajo representan una causa relevante del burnout. En años recientes, se ha identificado el acoso moral o psicológico laboral como una causa emergente con importantes implicaciones económicas, legales y sociales. Por otro lado, sentirse parte de un equipo sólido y cohesionado disminuye la probabilidad de desarrollar este síndrome.

Un elemento central en el diagnóstico del burnout es la presencia de conflictos de valores, los cuales pueden darse entre el trabajador y la organización, entre el trabajador y la sociedad, o incluso entre compañeros. Los valores representan aquello que para una persona u organización tiene significado y por lo cual están dispuestos a asumir ciertos sacrificios, dando sentido a su comportamiento y motivaciones. La falta de estímulos es otro factor clave. La ausencia de una carrera profesional con incentivos económicos y oportunidades de ascenso, junto con la carencia de reconocimiento por el trabajo bien realizado, disminuye la motivación y puede fomentar el agotamiento. Además, en el ámbito de la enfermería, la confianza y la comunicación efectiva con pacientes y sus familiares son esenciales para evitar tensiones, situaciones violentas y reclamaciones legales.

Finalmente, la naturaleza misma del trabajo puede implicar un desgaste emocional adicional. Profesionales de la salud, por ejemplo, enfrentan el sufrimiento derivado de la irreversibilidad de algunas enfermedades y la cercanía constante a la muerte. Aunque existen logros importantes como la curación

y la supervivencia prolongada, las decepciones frecuentes, los sentimientos de impotencia y la baja autoestima contribuyen a la vulnerabilidad ante el burnout (Gómez, 2008).

2.3.5 Desarrollo del síndrome de burnout

El síndrome de burnout tiene su origen en las relaciones interpersonales de tipo profesional que se establecen en el entorno laboral, especialmente cuando el contacto con los pacientes implica una alta demanda emocional y cognitiva. Se trata de un cuadro que se desarrolla de manera continua pero fluctuante a lo largo del tiempo, pudiéndose identificar tres fases en su evolución:

1. **Fase inicial de estrés psicosocial**, en la que se genera un desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos disponibles para afrontarlas.

2. **Fase de tensión psicofisiológica**, donde la persona experimenta una respuesta sostenida de estrés que afecta su equilibrio físico y mental.

3. **Fase conductual**, en la que comienzan a manifestarse cambios en la actitud y el comportamiento hacia los pacientes o usuarios del servicio.

El avance del síndrome dependerá de la interacción entre las condiciones del entorno laboral y las características personales del individuo. El ambiente laboral actúa como el desencadenante principal de la aparición y la progresión de los síntomas, pues las distintas fuentes de estrés afectan de manera variable la intensidad y frecuencia con que se manifiesta la sintomatología. Este proceso de "quemarse", (como se traduce al español); puede ser percibido conscientemente por la persona afectada que de manera paulatina modifica sus actitudes hacia el trabajo, compañeros, pacientes y todas las personas con las que se relaciona laboralmente.

La forma en que cada profesional afronta los primeros síntomas de alarma es determinante para el desarrollo del burnout. Cuando la percepción de amenaza o daño personal se mantiene o se repite con

frecuencia, y la situación laboral es vivida como negativa, intolerable pero ineludible, sin que el individuo pueda realizar ajustes efectivos ni escapar de esta realidad, se desencadena el síndrome de burnout. Este se considera una respuesta desadaptativa específica al estrés laboral crónico, característica de las profesiones de ayuda (Gómez, 2008).

2.3.6 Modelos con relación al proceso de desarrollo del síndrome de burnout

2.3.6.1 Modelo tridimensional de Maslach y Jackson (1986)

Según Maslach, el desarrollo del síndrome de burnout comienza con el agotamiento emocional, seguido por la aparición de la despersonalización y finalmente se presenta una disminución en la realización personal en el trabajo. Por otro lado, Leiter (1993), propuso un modelo en el que el agotamiento emocional actúa como un síntoma precursor de la despersonalización, pero consideró que la realización personal en el trabajo es un síntoma independiente que no tiene una relación causal directa con los dos primeros.

2.3.6.2 Modelo de Edelwich y Brodsky (1980)

Estos autores elaboraron un modelo de cuatro fases para explicar el proceso de desarrollo del síndrome de burnout. La primera fase, denominada entusiasmo, se caracteriza por un inicio laboral lleno de energía, ilusión y expectativas idealizadas sobre el trabajo, que aún no se conoce en profundidad. En la segunda fase, el estancamiento, el profesional continúa con sus labores, aunque el trabajo pierde protagonismo en su vida, desplazado por otras preocupaciones personales y valorando aspectos como la remuneración, horarios y beneficios. La tercera fase, frustración, se manifiesta cuando el profesional cuestiona el sentido de su labor, la reciprocidad de sus esfuerzos y la utilidad de enfrentar obstáculos burocráticos, lo que puede derivar en problemas emocionales, físicos y conductuales. Finalmente, la apatía surge como un mecanismo de defensa frente a la frustración; en esta etapa, el trabajador muestra

baja motivación, resistencia al cambio y a la innovación, e incluso descuida la atención a los pacientes, buscando únicamente la estabilidad laboral como compensación a la insatisfacción. Este proceso es cíclico y puede repetirse a lo largo de la vida laboral, ya sea en un mismo puesto o en diferentes trabajos (Gómez, 2008).

2.3.6.3 Modelo de Price y Murphy (1984)

Según los autores Price y Murphy (1984), el síndrome de burnout se entiende como un proceso adaptativo frente al estrés laboral, que puede bien puede ser comparado con un proceso de duelo, sobre todo debido a las pérdidas que implica a nivel personal, interpersonal, institucional y social. El síndrome de burnout afecta tanto las funciones cognitivas y emocionales como la actitud que el individuo desarrolla y dirige hacia su entorno laboral.

El trabajo desempeña un papel fundamental en los procesos cognitivos del individuo, contribuyendo a su desarrollo personal y a mantener su equilibrio psicológico. Además, el trabajo configura una parte importante de la identidad personal, de modo que la autoimagen y autovaloración de la persona están estrechamente ligadas a sus experiencias laborales, fenómeno que se intensifica especialmente en profesiones que implican el cuidado de pacientes. Los efectos positivos de esta relación se reflejan en el sentido de ser un referente para compañeros, instituciones y pacientes. Por el contrario, cuando la actividad laboral carece de estas funciones o estas resultan negativas, se produce un deterioro en el sistema cognitivo, lo que desencadena los primeros síntomas del síndrome de burnout (Gómez, 2008).

2.3.7 Consecuencias del síndrome de burnout

Los profesionales que padecen el síndrome de burnout suelen descuidar el cuidado de su propia salud y presentan con frecuencia problemas emocionales que permanecen ocultos y son afrontados de

manera inadecuada. Las consecuencias de este síndrome son múltiples y variadas, generando un efecto acumulativo que deteriora progresivamente el bienestar del individuo en diversas áreas de su vida. Sin embargo, para facilitar su identificación y manejo, estas consecuencias suelen clasificarse en categorías específicas. Además, el impacto del síndrome no se limita únicamente al profesional afectado, sino que también repercute negativamente en la organización donde desempeña sus funciones (Gómez, 2008).

2.3.7.1 Consecuencias para el profesional

Manifestaciones generales (cansancio, pérdida de apetito, malestar general), problemas osteomusculares (dolor de espalda, dolores cervicales, contracturas musculares), alteraciones inmunológicas (aumento de las infecciones, alergias, problemas dermatológicos), problemas cardíacos (palpitaciones, dolor precordial, hipertensión arterial), problemas respiratorios: catarros frecuentes, crisis de taquipnea, crisis asmáticas, problemas digestivos (gastritis, úlcera duodenal, náuseas, diarrea), problemas sexuales (impotencia parcial o total, ausencia de eyaculación, frigidez, dispareunia, vaginismo), alteraciones del sistema nervioso (jaquecas, trastornos del sueño con predominio de sueño ligero e insomnio, sensación de vértigo con inestabilidad locomotriz y sensación de vacío), alteraciones hormonales (trastornos menstruales), emocionales (agotamiento, el sentimiento de vacío y fracaso, baja tolerancia a la frustración, impotencia ante el problema, nerviosismo, inquietud, dificultad de concentración con olvidos frecuentes, falta de atención y de memoria, tristeza con tendencia a la depresión, falta de compromiso laboral, escasa o en una realización personal, baja autoestima, despersonalización).

2.3.7.2 Conductuales

Conductas adictivas con abuso de sustancias tóxicas, tabaco, alcohol, benzodiacepinas, entre otras drogas, irritabilidad, cambios bruscos de humor, hostilidad, aislamiento, agresividad, cinismo, comportamiento paranoide y agresivo hacia enfermos, compañeros y la propia familia, problemas de

pareja, tricotilomanía, falta de eficacia, disminución de la capacidad para tomar decisiones, menor rendimiento laboral, absentismo laboral (Gómez, 2008).

2.3.7.2.1 Consecuencias familiares y sociales

- Deterioro de la vida de pareja
- Deterioro de la vida familiar en general
- Aislamiento, con el consiguiente deterioro de las relaciones en su torno social.

2.3.7.2.2 Consecuencias para la organización

- Conflictos con otros profesionales
- Conflictos con los pacientes y las familias
- Insatisfacción de los pacientes por el trato recibido
- Ineficacia en la actividad diaria
- Disminución de la calidad asistencial
- Cambios repetidos de puesto de trabajo
- Absentismo laboral
- Accidentes laborales

2.3.8 Estrategias de prevención frente al burnout

En la prevención del síndrome de burnout es imprescindible actuar sobre las condiciones de trabajo y el entorno laboral, además de dotar al trabajador de estrategias para enfrentarse a determinadas situaciones de su actividad laboral. Hemos de considerar 3 niveles de actuación en la prevención del síndrome del burnout (Gómez, 2008).

2.3.8.1 Nivel organizacional

Se han propuesto diversos procedimientos para intervenir sobre el nivel organizacional en la prevención del síndrome de burnout. Gil Monte y Peiró (1999), proponen distintos métodos tales como:

- Programas de socialización anticipatoria. Facilitan que los profesionales desarrollen estrategias para enfrentarse con las expectativas irreales que tienen sobre la profesión. Se cuestionan los ideales y se analizan las divergencias de cómo se realizan las cosas en el trabajo y cómo deberían realizarse.
- Programas de retroinformación. Mediante cuestionarios de grado de satisfacción a usuarios se obtiene información sobre la actividad y el servicio que ofrecen los profesionales.
- Desarrollo organizacional. El objetivo es mejorar los procesos de renovación y la solución de problemas en las organizaciones (Gómez, 2008).

2.3.8.2 Sistema interpersonal

El síndrome de burnout tiene su origen en el deterioro de relaciones interpersonales de profesionales que forman parte del equipo de trabajo, así como su relación con los usuarios (Gómez, 2008). Pines (1983), describe diferentes formas de ofrecer apoyo social en el trabajo:

- Escuchar a la persona de forma activa, pero sin emitir consejos ni juzgar acciones.
- Dar apoyo técnico mediante expertos que informen al trabajador de cómo realiza su trabajo.
- Crear en los profesionales necesidades e ideas de reto, creatividad e implicación en el trabajo, por parte de otros profesionales expertos.
- Apoyo emocional a los trabajadores.

2.3.8.3 Sobre el individuo

En esas intervenciones el objetivo es que el individuo aprenda técnicas o estrategias que le permitan afrontar las situaciones de estrés. Se definen:

- Entrenamiento en resolución de problemas. Pretende ayudar a los profesionales a resolver problemas y mejorar su toma de decisiones. Facilita el reconocimiento y la identificación del problema, así como la respuesta impulsiva ante él. Se ofrecen diferentes alternativas de respuesta ante el problema y se propone una forma para escoger la respuesta más adecuada y verificar su adecuación.
- Entrenamiento en la gestión eficaz del tiempo.
- Mejora de habilidades sociales, de comunicación y del manejo de emociones.
- Adoptar estilos de vida que favorezcan a un distanciamiento mental del trabajo en horario extralaboral, como practicar deportes, entrenarse en técnicas reductoras de ansiedad.
- Hacer explícitos los objetivos y que estos sean reales y realizables.
- Técnicas cognitivo-conductuales. El objetivo de estas técnicas es ayudar al profesional a lograr un alivio de los síntomas del estrés mediante reestructuración de los pensamientos, afrontamiento del estrés, terapia racional-emotiva, aserción encubierta, ensayo conductual (Gómez, 2008).

2.3.9 Tratamiento de síndrome de burnout

Cuando se produce un balance negativo entre las amenazas y los recursos de los profesionales puede aparecer el síndrome de burnout. Es entonces cuando el sufrimiento del personal se hace explícito, la persona se siente incapaz de dar apoyo y se muestra con indiferencia y sentimientos de fracaso, es importante escucharse y reconocer el propio problema para que puedan ponerse en marcha recursos de afrontamiento que permitan recuperar el bienestar lo antes posible (Gómez, 2008).

2.3.9.1 Estrategias que ayudan a superar el síndrome de burnout

2.3.9.1.1 Nivel organizativo:

Estudios en esta área concluyen que los factores organizativos juegan un papel más relevante que los individuales, lo que significa que es recomendable trabajar en un equipo interdisciplinar todos frente al problema. Se pueden contemplar cuatro claves: participación, apoyo social externo, ser capaz de resolver problemas y tener un código común para promover una cultura de equipo (Gómez, 2008).

2.3.9.1.2 Nivel interpersonal:

Formación y entrenamiento en técnicas de resolución de problemas entrenamiento en comunicación eficaz: expresar lo que se piensa y se siente sin hacer daño. Utilizar el acuerdo y la negociación en contraposición a la imposición como forma de resolver conflictos (Gómez, 2008).

2.3.9.1.3 Nivel individual:

- Tener en cuenta actitudes, creencias, y valores personales.
- Mantener la autoconciencia despierta; esto permite ir regulando paulatinamente el proceso de implicación y vinculación con los pacientes y sus allegados.
- Emocionarse no es negar el impacto. Es necesario implicar mecanismos de descarga.
- Querer no es poder. Reconocer las propias limitaciones con el fin de moverse por objetivos reales y realizables.
- Dar dirección a lo que se quiere vivir y estar donde se quiere estar. Es importante guiar nuestras actuaciones en función de objetivos reales y realizables.
- Fomentar los procesos que lleven al desarrollo de la autoestima.
- Mantener actitud positiva de disfrute y buen humor lo que uno tiene. Evitar lamentarse por lo que no se tiene y no se puede cambiar.

- En caso necesario hacer uso de los medios psicoterapéuticos y psicofarmacológicos que se tengan a disposición. (Gómez, 2008).

2.4 Estrés, Salud mental y Síndrome de Burnout durante la Pandemia por COVID-19

En diciembre de 2019, se identificó en Wuhan, China, el síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2) y la enfermedad asociada COVID-19 (Chan et al., 2020). La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la pandemia en marzo de 2020. Para septiembre de 2021, se reportaron más de 200 millones de casos y 4.5 millones de muertes en más de 200 países y territorios (WHO, 2021). La propagación del SARS-CoV-2 superó ampliamente la de infecciones epidémicas recientes como SARS y MERS (Jiang y Shi, 2020).

El personal de salud constituye un grupo con alto riesgo de contagio, ya que la seroprevalencia de anticuerpos frente al SARS-CoV-2 en este grupo es mayor que en la población general: 8.7 % versus 5.3 % (Chen et al., 2020; Galanis et al., 2021). Enfermeras y enfermeros desempeñaron un papel crucial en la respuesta sanitaria a la pandemia, siendo quienes proporcionaron atención directa a los pacientes, lo que los expuso a una presión psicológica intensa y sostenida (Hu et al., 2020; Liu et al., 2020; Zhang et al., 2020).

Esta situación generó en el personal de enfermería un elevado estrés y temor constante por la propia salud y la de sus familiares, así como por la seguridad de los pacientes (Joo y Liu, 2021). Como consecuencia, se observaron problemas psicológicos graves que pueden derivar en agotamiento laboral, reducción de la productividad, errores en la atención clínica y disminución del cuidado en el manejo de pacientes (Al Maqbali et al., 2021; Pappa et al., 2020).

La OMS ha reconocido que el personal de salud enfrenta un riesgo elevado de desarrollar diversos problemas físicos y mentales debido a su exposición directa o indirecta a pacientes con COVID-19. La alta carga viral, el uso a veces inadecuado equipos de protección personal y el estrés severo, junto con largas jornadas laborales, preocupación por contagiarse o contagiar a familiares, falta de apoyo adecuado y

ausencia de tratamientos efectivos, contribuyen a un deterioro en la salud mental del personal de salud (Ehrlich et al., 2020).

Por ejemplo, Huang y Zhao (2020), reportaron que el 37.9 % del personal de salud presento trastornos del sueño durante el brote de COVID-19. Asimismo, el agotamiento, que ya era prevalente en tiempos normales alcanzó hasta un 34.4 % en personal expuesto a la pandemia. Jun et al. (2020), señalaron la existencia de casos de suicidio relacionados con el COVID-19 en profesionales de salud, aunque el riesgo comparativo con la población general aún no está claro (Salazar et al., 2020).

Danet (2021), tras revisar múltiples estudios, indicó que variables como estrés, depresión, ansiedad, alteraciones del sueño y síndrome de burnout se midieron con instrumentos validados como la Escala DASS-21, GAD, STAI, ISI, PSQI y el Maslach Burnout Inventory (MBI). También se emplearon cuestionarios para evaluar la salud percibida y el afrontamiento, como el PHQ, SF-36, IPQ y CERQ. En cuanto al estrés, el porcentaje de personal sanitario afectado osciló entre 37 % y 78 %, siendo más común un rango entre 40 % y 54 % en el personal de primera línea (Danet, 2021). Los niveles de estrés detectados por estos autores fueron consistentemente mayores en el personal de enfermería y por género, en mujeres.

Otros factores que incrementaron el estrés incluyeron enfermedades crónicas, antecedentes de trastornos mentales, menor experiencia laboral, mayor exposición mediática y tener como estado civil soltero, así como residir en zonas con alta incidencia de COVID-19 (Romero et al., 2020). De manera similar, los porcentajes de desarrollo de ansiedad se encontraron más elevados en profesionales de primera línea, especialmente en enfermería (40 % contra 15 % en otras categorías), y fue también más frecuente en mujeres (Danet, 2021).

En el personal se salud de primera línea, los niveles de agotamiento emocional fueron considerablemente elevados, alcanzando un 37 % en casos de agotamiento alto y 23 % en agotamiento

medio. En cuanto a la despersonalización, se reportaron prevalencias del 25 % y 22.9 % para niveles alto y medio respectivamente, según los datos de Barello et al. (2020). Estas manifestaciones resultaron más intensas en mujeres y en profesionales de enfermería y se asociaron con un peor estado de salud percibido por los propios trabajadores.

En relación con las estrategias y medidas de afrontamiento frente al estrés Danet (2021), encontró que la mayoría del personal de salud valoró positivamente las intervenciones de apoyo psicológico, tanto individuales como grupales. Asimismo se observó una preferencia por actividades físicas, religiosas y espirituales como métodos para mitigar los niveles de estrés, ansiedad y depresión. Entre las estrategias de afrontamiento más utilizadas destacaron la focalización y la interpretación positiva de las situaciones.

Los estudios realizados en contextos occidentales evidenciaron niveles variables de estrés, ansiedad, depresión, alteraciones del sueño y síndrome de burnout en profesionales de la salud de Europa y Estados Unidos. Se observó una mayor presencia e intensidad de estos síntomas en el personal de primera línea, así como en mujeres y enfermería. No obstante, en comparación con estudios realizados en China, la prevalencia de ansiedad y estrés fue generalmente más elevada en las investigaciones occidentales (Danet, 2021).

Danet (2021), también señala diferencias significativas entre el personal de primera línea y otros profesionales, destacando un mayor impacto psicológico en aquellos con contacto directo con pacientes, sin embargo, el efecto de la edad como factor explicativo resultó inconsistente. Entre las variables que mejor explican la prevalencia de síntomas psicológicos se encuentran el sexo y la categoría profesional, coincidiendo con los hallazgos en Asia, donde las mujeres de enfermería presentaron mayores niveles de ansiedad (25.7 % frente al 11.6 % en hombres). La revisión de Galanís et al. (2021), identifico variaciones regionales y por especialidad en la prevalencia del síndrome de burnout. Así, Asia Central y Europa

presentaron las tasas más bajas de agotamiento, mientras que África Subsahariana reportó las más elevadas (Woo et al., 2020).

En cuanto a los instrumentos utilizados para la medición del burnout, la mayoría de los estudios aplicaron el Maslach Burnout Inventory (MBI), considerado el estándar de referencia por su capacidad para evaluar de manera integral las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Otros instrumentos utilizados incluyen el Copenhagen Burnout Inventory, la Escala de Calidad de Vida Profesional versión 5, el Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), el Mini-Z y el Inventario Español de Burnout, los cuales ofrecen enfoques complementarios para identificar niveles de estrés laboral y sus repercusiones en la salud mental.

La prevalencia combinada de agotamiento emocional en enfermeras, medida con el MBI, fue del 34.1 %, aunque con una amplia variabilidad que osciló entre 5.6 % y 69.6 %, en relación con la despersonalización, la prevalencia combinada fue del 12.6 %, mientras que la falta de realización personal en enfermería alcanzó un 15.2 % y por último; Galanís et al. (2021), enfatizaron que factores sociodemográficos como el género, la edad y el nivel educativo influyen significativamente en el desgaste profesional del personal de enfermería. Estudios previos (Chen et al., 2020; Hu et al., 2020), indicaron que, aunque las mujeres presentan niveles más elevados de agotamiento emocional, los hombres tienden a experimentar mayor despersonalización y menor agotamiento personal.

Galanís et al. (2021), también reportó que la menor edad, un nivel educativo más alto y un mayor grado académico se relacionaron con un incremento en el agotamiento entre enfermeros (Aydin et al., 2020; Hu et al., 2020; Zhang et al., 2020). Asimismo, diversos factores sociales incrementaron el agotamiento en enfermeras, tales como la reducción del apoyo social, tener un familiar o amigo diagnosticado con COVID-19, la escasa preparación de familiares y colegas para enfrentar la pandemia, la mayor percepción de amenaza por COVID-19 y un mayor tiempo laborando en áreas de cuarentena.

Los factores ocupacionales también tuvieron un impacto significativo en el agotamiento del personal de enfermería durante la pandemia. Se observó que el personal que trabajaba en ambientes de alto riesgo, como hospitales designados para COVID-19, unidades COVID-19 o unidades de cuidados críticos, mostraron niveles elevados de agotamiento (Aydin et al., 2020; Chen et al., 2020). De manera similar, aquellos que laboraban en hospitales con recursos humanos y materiales insuficientes evidenciaron también esta característica (Manzano y Ayala, 2020).

Además, el personal con menor capacitación especializada relacionada con COVID-19, menor experiencia laboral y menor confianza en su capacidad para cuidar a pacientes con esta enfermedad presentaron mayor frecuencia de agotamiento (Hu et al., 2020; Zhang et al., 2020). El incremento en la carga laboral, la disminución de la autoconfianza en la autoprotección y la menor seguridad laboral en el cuidado de pacientes con COVID-19 se asociaron con mayores niveles de agotamiento (Manzano y Ayala, 2020; Hu et al., 2020; Zhang et al., 2020).

Durante la pandemia, la prevalencia del agotamiento entre enfermeras, medida mediante el Maslach Burnout Inventory (MBI), fue significativa, con un 34.1 % para agotamiento emocional, 15.2 % para baja realización personal y 12.6 % para despersonalización. Estos niveles superan incluso a los reportados en entornos tradicionalmente estresantes como los cuidados paliativos, donde la prevalencia fue del 19.5 %, 9.3 % y 8.2 % respectivamente (Parola et al., 2017). Por su parte, el metaanálisis de Woo et al. (2020), que incluyó datos de 49 países, encontró que la prevalencia global del burnout en enfermeras fue del 11.23%. Durante la pandemia, las enfermeras mostraron niveles más altos de agotamiento emocional, pero menores niveles de despersonalización y mayores niveles de realización personal en comparación con enfermeras de otras áreas en estudios anteriores a esta emergencia sanitaria tales como; atención primaria, ginecología y obstetricia, pediatría y urgencias (De la Fuente et al., 2019).

Las emociones diarias de las enfermeras se vieron especialmente desafiadas durante la pandemia, ya que constituyen un grupo de alto riesgo con contacto estrecho con pacientes COVID-19, lo que genera temor ante las posibles consecuencias de la enfermedad. Las emociones negativas de pacientes, colegas y familiares pueden inducir respuestas emocionales similares en los enfermeros, aumentando su estrés percibido y su vulnerabilidad al agotamiento emocional (Joshi y Sharma, 2020).

El aumento de las demandas laborales, la carga y complejidad del trabajo, la presión constante y la prolongación del tiempo laboral durante la pandemia incrementaron el estrés relacionado con el trabajo en enfermeras, conduciendo a mayores niveles de agotamiento emocional. Sin embargo, los niveles de despersonalización y baja realización personal en enfermeras durante la pandemia no superaron a los observados en enfermeras que laboran en contextos tradicionalmente estresantes, lo que puede explicarse por la empatía y el compromiso desarrollados hacia los pacientes en esta crisis sanitaria.

La pandemia puede fomentar comportamientos compasivos entre enfermeras, fortaleciendo la conexión con los pacientes a un nivel profundo. Además, el cuidado efectivo y exitoso de pacientes con COVID-19 puede mejorar el sentido moral y la competencia percibida de las enfermeras. No obstante, además del agotamiento, los trabajadores de la salud enfrentan diversos problemas psicológicos durante la pandemia, como depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, angustia psicológica, trastornos del sueño, insomnio y miedo. Esta situación resulta particularmente grave para el personal de enfermería, quienes presentan mayor prevalencia de agotamiento y problemas psicológicos en comparación con otros profesionales de la salud, repercutiendo negativamente en su bienestar, en la atención a pacientes, y en el entorno laboral (Pappa et al., 2020).

El personal de enfermería expuesto a pacientes confirmados o sospechosos de COVID-19 se asoció con mayores niveles de estrés, ansiedad, depresión e insomnio, y un miedo marcado tanto por la propia salud como la de los familiares (Lai et al., 2020). Además, enfrentan preocupaciones adicionales

durante la pandemia, como la escasez de equipo de protección personal y el miedo a contagiarse en el trabajo y a transmitir el virus a sus familiares cercanos (Kisely et al., 2020). De esta forma, el personal de enfermería soporto un estrés prolongado que puede desencadenar trastornos de estrés postraumático, ideación suicida e incluso suicidio, este estrés también contribuye al agotamiento, lo que afecta negativamente la calidad de la atención que brindan.

Se identificaron múltiples factores sociodemográficos, sociales y laborales que incrementan el agotamiento en enfermería durante la pandemia de COVID-19. En cuanto al género, la evidencia muestra que las mujeres presentan niveles superiores de agotamiento emocional, mientras que los hombres manifiestan mayor despersonalización y menor realización personal, sin embargo, en otros estudios (Aydin et al., 2020; Manzano y Ayala, 2020), no hallaron asociación significativa entre el género y el síndrome de burnout en enfermería, lo que genera incertidumbre respecto a esta relación.

Tras la vivencia de eventos traumáticos, se ha observado que las mujeres presentan una mayor susceptibilidad a desarrollar trastornos de estrés postraumático en comparación con los hombres (Olff, 2017). No obstante, un metaanálisis que incluyó 57 investigaciones sobre profesionales de enfermería mostró que los hombres tienden a experimentar niveles más altos de agotamiento emocional y despersonalización, esto sugiere que el género influye de manera diferenciada en el síndrome de burnout, aunque dicha relación podría estar modulada por variables como la edad, el grado de satisfacción laboral, la posición jerárquica y los años de experiencia clínica (Cañadas et al., 2018).

El personal de enfermería con menos años de experiencia ha sido particularmente susceptible al agotamiento durante la pandemia, en parte por su limitada formación en control de infecciones y en la gestión de situaciones críticas (Shechter et al., 2020), esta inexperiencia puede aumentar su vulnerabilidad emocional al enfrentar el sufrimiento y la muerte de pacientes, especialmente cuando existen restricciones de recursos que impiden brindar una atención adecuada.

El tiempo prolongado trabajando en cuarentena incrementa el desgaste, debido a que la soledad, especialmente cuando implica separación familiar, constituye un importante factor estresante (Zhang et al., 2020). El apoyo de familiares, amigos, colegas y de la institución de salud resulta fundamental para mitigar el impacto psicológico negativo y fortalecer la resiliencia (Hou et al., 2020). La falta de este soporte social es un factor de riesgo clave para el desarrollo de trastornos psicológicos en trabajadores sanitarios durante desastres.

Los entornos clínicos de alto riesgo están asociados con un mayor burnout en las enfermeras. Esto concuerda con hallazgos previos durante brotes epidémicos como el SARS (Lee et al., 2007). Estos ambientes generan sentimientos de pérdida de control, vulnerabilidad y preocupación por la salud propia y de sus seres queridos, así como por cambios laborales y familiares. La escasez de equipos de protección personal y profesionales de enfermería, junto con el aumento de casos, añade presión adicional.

Las condiciones laborales desfavorables, como la carga excesiva de trabajo, la escasa formación especializada en el manejo del COVID-19, las largas jornadas laborales, la atención prolongada a pacientes, así como la falta de personal y recursos, han sido identificadas como factores clave que incrementan el riesgo de desarrollar burnout en el personal de enfermería. Según un metaanálisis realizado por Galanis et al. (2021), estas circunstancias están estrechamente vinculadas con mayores niveles de agotamiento emocional, despersonalización y disminución del sentido de realización profesional.

La pandemia de COVID-19 evidenció deficiencias significativas en la preparación del personal de enfermería, destacando aspectos como la capacitación insuficiente, la sobrecarga laboral, la exposición prolongada a pacientes infectados, y la escasez de recursos y equipos de protección personal, según Galanis et al. (2021), estos factores, entre los que se incluyen la falta de formación específica para la atención de pacientes con COVID-19, la alta carga asistencial, la insuficiente dotación de personal y recursos, así como la ausencia de apoyo institucional y social, están estrechamente relacionados con

mayores niveles de agotamiento emocional, despersonalización y una disminución en la realización personal.

Asimismo, el estudio resalta la relevancia de factores protectores tales como la percepción de preparación adecuada, la formación previa, la disposición para trabajar en primera línea y el apoyo social proveniente de familiares, colegas e instituciones. Aunque algunos factores no alcanzaron significancia estadística en análisis multivariables, su posible impacto clínico subraya la necesidad de continuar investigando estrategias dirigidas a mitigar el síndrome de burnout, reconociendo su naturaleza multifactorial, especialmente en contextos de crisis sanitaria (Galanis et al. 2021).

Diversos estudios realizados en Latinoamérica reflejan la magnitud del síndrome de burnout en el personal de salud durante la pandemia. Veloz et al. (2021), reportaron que más del 90% de médicos y enfermeros en Ecuador presentaron niveles moderados a severos de burnout. Otros estudios en Latinoamérica y otras regiones han evidenciado la significativa presencia del síndrome de burnout y síntomas emocionales en profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19. Factores emocionales como la ansiedad, la depresión y el estrés son predominantes en el personal hospitalario, incluyendo estudiantes de enfermería e intensivistas, quienes experimentan un impacto emocional considerable. En México, se han reportado niveles de burnout que van de bajos a moderados en enfermeras, mientras que, en países como China, el desgaste emocional y la despersonalización han sido observados especialmente en quienes laboran en unidades COVID-19, destacándose además una severa afectación en la realización personal. Estas variaciones reflejan la complejidad del síndrome y la influencia de múltiples factores laborales y personales en su desarrollo (Pappa et al., 2020).

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto profundo en la salud mental y el bienestar laboral del personal de enfermería, especialmente en quienes laboran en áreas críticas y en la primera línea de atención. Este grupo enfrenta una elevada carga emocional derivada de la exposición continua a pacientes infectados, la incertidumbre clínica constante y la escasez de recursos adecuados, factores que incrementan significativamente el riesgo de desarrollar el síndrome de burnout (Gómez et al., 2021; Zhang et al., 2020).

El síndrome de burnout se manifiesta a través de agotamiento emocional, despersonalización y una reducción en la realización personal, afectando tanto la salud física como psicológica del personal y repercutiendo negativamente en la calidad de la atención que brindan (Maslach y Leiter, 2016). Estudios recientes durante la pandemia han reportado altas tasas de burnout, ansiedad, depresión e insomnio en el personal de enfermería (Lai et al., 2020).

Diversos factores sociodemográficos y laborales aumentan la vulnerabilidad al burnout entre ellos; el género femenino y la edad joven se asocian con mayores niveles de agotamiento emocional. A su vez, la insuficiente formación especializada, la sobrecarga laboral, la falta de equipo de protección personal y el apoyo social limitado elevan el riesgo de desgaste profesional (Hu et al., 2020; Labrague y De los Santos, 2020). Particularmente, la carencia de capacitación específica sobre COVID-19 reduce la autoeficacia del personal para manejar situaciones críticas, lo que incrementa el estrés laboral.

Aunque algunos estudios no evidencian una relación directa entre ciertas variables ocupacionales (como laborar en unidades COVID-19 o la autonomía laboral) y el burnout, el posible impacto indirecto de estos factores sobre la salud mental del personal merece una mayor investigación (Chen et al., 2020). En este contexto; identificar los niveles de estrés y burnout, en enfermería de áreas críticas, durante la pandemia, así como los factores que afectan su salud mental, resulta fundamental. Esta información es

vital para diseñar e implementar intervenciones que fomenten la resiliencia, el bienestar psicológico y la calidad en la atención durante emergencias sanitarias.

Desde que la Organización Mundial de la Salud declaró la pandemia el 11 de marzo de 2020, México ha registrado millones de casos y cientos de miles de muertes por COVID-19 (CONACYT, 2020). En este escenario, el personal de salud ha experimentado altos niveles de estrés, ansiedad y depresión, influenciados por factores familiares, sociales, laborales y políticos, que derivan en un desgaste emocional considerable y afectan su desempeño profesional.

El personal de enfermería, pieza clave en la respuesta sanitaria, requiere mantener su bienestar físico y psicológico para atender con eficacia a pacientes sospechosos y confirmados de COVID-19. Para evaluar este síndrome, la herramienta más utilizada es el Maslach Burnout Inventory (MBI), que mide tres dimensiones principales: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal. El agotamiento emocional implica una sensación progresiva de desgaste y fatiga que agota los recursos afectivos del trabajador; la despersonalización se refleja en actitudes negativas y frías hacia los pacientes; mientras que la falta de realización personal se manifiesta como una percepción negativa de sí mismo y del trabajo realizado (Maslach y Leiter, 2016).

La pandemia de COVID-19 ha provocado un impacto profundo en la salud mental y el bienestar laboral del personal de enfermería, particularmente en quienes laboran en áreas críticas de hospitales de segundo nivel. Estos profesionales enfrentan una carga emocional significativa debido al aumento constante de pacientes infectados, el desconocimiento inicial sobre el manejo clínico de la enfermedad, y la insuficiencia de recursos materiales tanto para la atención adecuada de los pacientes como para su propia protección.

Además, el incremento en la carga laboral, motivado por la necesidad de proteger al personal vulnerable mediante el resguardo y la reorganización constante de los servicios para implementar

sistemas de aislamiento, ha generado un entorno laboral marcado por el estrés, la angustia y el temor. Estas condiciones adversas colocan al profesional de enfermería en un riesgo elevado de desarrollar estrés crónico, problemas de salud mental y síndrome de burnout, caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal. Ante este contexto, resulta imprescindible evaluar el nivel de estrés, la salud mental y la prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería de áreas críticas durante la pandemia de COVID-19, por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de Estrés, Salud Mental y Síndrome de Burnout en Enfermería de Áreas Críticas de un Hospital de Segundo Nivel, Durante la Pandemia por COVID-19, México, 2022?

4. JUSTIFICACIÓN

Los resultados de esta investigación constituirán un antecedente valioso para un Hospital de Segundo Nivel, en México y servirán como preámbulo para el diseño de estrategias enfocadas en la atención de la salud mental del personal de enfermería, tanto en la práctica ordinaria como en situaciones extraordinarias como la emergencia sanitaria que se vivió en años pasados. Esto permitirá proponer programas de rehabilitación y terapias que mitiguen los efectos negativos del estrés, síndrome de burnout y de la salud mental integral, así como implementar acciones preventivas efectivas.

La información generada en esta investigación podrá ser aplicada en instituciones públicas y privadas en México dedicadas a la atención de la salud ordinariamente y en situaciones extraordinarias que pudieran suscitarse en el futuro. El conocimiento generado y su aplicación práctica en el cuidado de la salud mental del personal de enfermería pueden contribuir significativamente a mejorar las condiciones de manejo del estrés laboral, manteniendo también un enfoque en las dimensiones que se aplican para diagnosticar el síndrome de burnout: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. De esta manera; mejorar la salud mental del profesional de enfermería repercutirá directamente en la calidad de atención que se brinda a los pacientes, promoviendo mayor eficacia y efectividad en el desempeño profesional.

Si bien existe amplia literatura sobre el estrés, síndrome de burnout y salud mental que desarrolla frecuentemente el personal de enfermería, esta investigación cobra relevancia al abordar el fenómeno en un contexto único y extraordinario, como fue la pandemia por COVID-19, lo anterior lo posiciona como un estudio de alto interés y pertinencia, alineado con las disposiciones y acciones establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo, Programa Nacional de Salud, Ley General de Salud y Ley Federal del Trabajo.

En el contexto marcado por la pandemia, este trabajo adquiere una relevancia estratégica, pues el conocimiento de los efectos negativos que estos padecimientos ocasionan sobre el personal de salud

es una prioridad tanto en agendas nacionales como internacionales, especialmente en el ámbito de los sistemas de salud ya que conocer el impacto en primera instancia, genera la pauta para tomar los planes de acción correspondientes para prevenir y remediar estas afecciones.

La viabilidad de esta investigación tiene respaldo en documentos clave como la Estrategia Nacional de Seguridad Pública, que promueve garantizar bienestar, salud y empleo mediante programas sectoriales y regionales. Asimismo, se alinea con el Plan de Acción sobre la Salud de los Trabajadores 2015-2025 de la Organización Panamericana de la Salud, que enfatiza la identificación, prevención y control de riesgos ocupacionales, incluyendo estresores psicosociales que afectan la salud mental. Finalmente, esta investigación contribuye también a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular al objetivo 3, que busca garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todas las personas, fortaleciendo las capacidades nacionales para la gestión de riesgos sanitarios a nivel mundial.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Evaluar el Estrés, Salud Mental y Síndrome de Burnout en Enfermería de Áreas Críticas de un Hospital de Segundo Nivel, Durante la Pandemia por COVID-19, México, 2022.

5.2 Objetivos Específicos

- Conocer las variables sociodemográficas, en Enfermería de Áreas Críticas de un Hospital de Segundo Nivel, Durante la Pandemia por COVID-19, México, 2022.
- Estimar el nivel de estrés social, laboral y personal, en Enfermería de Áreas Críticas de un Hospital de Segundo Nivel, Durante la Pandemia por COVID-19, México, 2022.
- Comparar las dimensiones de buena salud mental y salud mental pobre, en Enfermería de Áreas Críticas de un Hospital de Segundo Nivel, Durante la Pandemia por COVID-19, México, 2022.
- Determinar el agotamiento emocional, la despersonalización, y falta de realización personal, en Enfermería de Áreas Críticas de un Hospital de Segundo Nivel, Durante la Pandemia por COVID-19, México, 2022.

6. METODOLOGÍA

6.1 Tipo de estudio.

El presente estudio fue de tipo descriptivo, prospectivo y de corte transversal, con enfoque cuantitativo, ya que las variables fueron analizadas mediante valores numéricos obtenidos de los instrumentos SWS-Survey y MBI. El diseño transversal permitió medir en un único momento la situación de las variables en el personal de enfermería de áreas críticas. La investigación se desarrolló en un Hospital General de segundo nivel en México, durante el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2022.

6.2 Universo

Conformado por 79 profesionales de Enfermería de áreas críticas de un Hospital General de Segundo Nivel, Durante la Pandemia por COVID-19, México, 2022.

6.3 Muestra

La muestra (n) fue de 67 profesionales de enfermería de un Hospital General de segundo nivel, en México, esta muestra fue calculada por medio de la fórmula para muestras finitas:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * (1-p)}{e^2 * (N-1) + Z^2 * p * (1-p)}$$

Donde:

n es el número de muestra buscado, (N) el tamaño del universo, (Z) es el parámetro estadístico que depende el nivel de confianza y para este estudio tiene el valor de 1.96 con un nivel de confianza del 95%, (E) es el error de estimación máximo aceptado en este estudio será del 5%, (p) es la probabilidad de que ocurra el evento estudiado y (q) la probabilidad de que no ocurra el evento estudiado en este estudio como no se conoce p y q se manejaran ambas con un valor de 0.5.

Al sustituir los valores en la fórmula se obtiene el tamaño de muestra:

$$n = \frac{79 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 * (79 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 67$$

6.4 Tipo de muestreo

Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, que consiste en seleccionar a los participantes que se encuentran fácilmente accesibles para el investigador. Esta técnica se elige por ser rápida, económica y por la facilidad que ofrece para acceder a la población de estudio (Manero, 2022).

6.5 Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión

Profesionales de enfermería de un Hospital General de Segundo Nivel, en México, que laboren en áreas críticas.

Criterios de exclusión

Profesionales de enfermería de un Hospital General de Segundo Nivel, en México, que laboren en áreas críticas con ausencia laboral por vacaciones y/o licencia médica y no acepte participar en el estudio.

Criterios de eliminación

Profesionales de enfermería de un Hospital General de Segundo Nivel, en México, que laboren en áreas críticas y decida abandonar la investigación o que tenga cuestionarios incompletos.

6.6 Recolección de datos

Se realizó una encuesta al personal de enfermería de un Hospital General de segundo nivel, Durante la Pandemia por COVID-19, en México 2022, utilizando un cuestionario para obtener datos

sociodemográfico-laborales y dos instrumentos SWS-Survey de salud mental, estrés y trabajo; y el Maslach Burnout Inventory. Los cuales se distribuyeron con el personal que decidió participar, previa firma de consentimiento informado y de forma anónima, durante su jornada laboral, en momentos de menor carga laboral y abarcando los turnos establecidos en la unidad.

6.6.1 Instrumentos

6.6.1.1 SWS -Survey, de Salud Mental, Estrés y Trabajo

El SWS—Survey©, de Salud Mental, Estrés y Trabajo (Gutiérrez y Ostermann, 1994) cuyas siglas en inglés corresponden a los conceptos Self, Work, Social.

El instrumento consta de 200 ítems distribuidos en ocho escalas con formato tipo Likert, diseñadas para medir de forma individual o grupal los niveles de salud mental, estrés y apoyo en los ámbitos personal, social y laboral. Cada una de las escalas contiene 25 enunciados que abordan tanto factores positivos (apoyos) como negativos (estresores) en dichas dimensiones, además, incorpora subescalas específicas para evaluar tanto una buena salud mental como una salud mental deteriorada. (Gutiérrez y Ostermann, 1994).

El SWS-Survey fue diseñado para operacionalizar un modelo teórico sobre Salud Mental, Estrés y apoyos de Robert Ostermann que variables negativas de estrés y positivas de apoyo que contribuyen a la salud mental y postula que el estrés consiste en el Inter juego de factores en tres áreas: personal, laboral-organizacional y social-situacional.

El área personal, se refiere a la constitución personal-familiar y disposición propia.

El área laboral-organizacional involucra la situación proveedora de ingreso.

El área Social-situacional tiene relación con la situación de interacción ajena al trabajo.

Para los fines de este estudio se tomaron las siguientes escalas del SWS-Survey:

1. Estrés social: hace referencia a experiencias y contextos que se desarrollan fuera del entorno laboral, como vivir en condiciones desorganizadas, riesgosas o insalubres, mantener relaciones problemáticas con familiares, amigos o vecinos, así como enfrentar responsabilidades excesivas o difíciles de manejar.
2. Estrés laboral: hace alusión a los elementos que generan tensión dentro del entorno de trabajo, los cuales pueden deberse a la naturaleza misma del empleo, a sus condiciones, a problemas en las relaciones interpersonales, a una gestión ineficiente por parte de supervisores o directivos, así como a los conflictos que surgen entre las responsabilidades laborales, los compromisos personales y las aspiraciones individuales de realización.
3. Estrés personal: engloba aquellos elementos relacionados con la forma en que la persona se percibe a sí misma y actúa, manifestándose en sentimientos de culpa, percepción de fracaso, sensación de ineficacia, así como en conductas socialmente inadecuadas, tales como el aislamiento, la evasión o una marcada reserva en la interacción con los demás.
4. Salud mental pobre o deficitaria: abarca la presencia de síntomas típicos de malestar psicológico, así como la manifestación de afecciones físicas vinculadas a un alto nivel de carga emocional. También se caracteriza por una reducción en la estabilidad emocional y por conductas inapropiadas que pueden resultar perjudiciales tanto para la persona como para su entorno social.
5. Buena salud mental: Se refiere a las conductas de una persona que muestra una actitud optimista, tranquila y equilibrada, con una autoestima elevada, buen estado de salud física y una manera adecuada de relacionarse y comportarse con quienes le rodean.

6.6.1.2 Maslach Burnout Inventory

El cuestionario más utilizado para la medición del síndrome de Burnout es la escala de Maslach de 1986, debido a que está dirigida al personal del área de la salud. Ha sido ampliamente aceptada por su consistencia interna y su fiabilidad cercana al 0.9, (Maslach y Jackson, 1986), es un instrumento de tipo autoadministrado compuesto por 22 enunciados en formato de escala Likert, que indagan sobre las percepciones y emociones que experimenta el personal en relación con su labor y el trato hacia los pacientes, evalúa las tres dimensiones del síndrome de burnout: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal (Maslach y Jackson, 1986).

Su aplicación requiere entre 10 y 15 minutos aproximadamente.

El cuestionario está contemplado en tres subescalas.

1. Agotamiento Emocional. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20), evalúa la percepción de agotamiento emocional generado por las exigencias laborales. Una puntuación igual o superior a 27 refleja un nivel elevado de síndrome de Burnout; un rango de 19 a 26 indica un nivel intermedio, mientras que puntuaciones inferiores a 19 sugieren un nivel bajo o muy bajo de agotamiento emocional asociado al Burnout.
2. Despersonalización. Consta de 5 preguntas (5, 10, 11, 15, 22), valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, de 6-9 medio y menos de 6 bajo grado de despersonalización.
3. Realización Personal. Está formada por 8 preguntas (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21), evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Menos de 33 puntos identificarían baja realización, de 34-39 intermedia y más de 40 alta sensación de logro.

6.6.1.3 Consideraciones éticas y legales

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud regula la manera en que deben conducirse las investigaciones científicas relacionadas con la salud en México, asegurando el respeto a la dignidad, derechos y bienestar de los participantes. Su propósito es establecer las bases éticas, legales y metodológicas para proteger a los sujetos involucrados en investigaciones clínicas, sociales, epidemiológicas o de cualquier otra índole relacionada con la salud.

Este reglamento establece los requisitos mínimos que debe contener un proyecto de investigación para ser considerado ético y válido. La fracción V, en particular, señala que todo protocolo de investigación deberá incluir el documento de consentimiento informado, mismo que deberá expresar de forma clara que la participación del sujeto es voluntaria y que puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto le genere perjuicio alguno. Para el cumplimiento se diseñó un consentimiento informado de acuerdo con lo señalado.

Previo a la aplicación de los instrumentos, se solicitó a cada participante la firma del consentimiento informado. El documento fue leído detenidamente antes de firmarse, destacando el carácter anónimo y confidencial de la información proporcionada. Durante todo el proceso, se garantizó la privacidad de los datos recabados, clasificando esta investigación como de riesgo mínimo, ya que únicamente consistió en la aplicación de cuestionarios autoadministrados, en línea con las recomendaciones éticas del Informe Belmont.

Los resultados serán base para proponer acciones orientadas a mejorar la prevención, manejo y mitigación de las afecciones a la salud mental del personal de enfermería en situaciones ordinarias y extraordinarias, así como optimizar sus condiciones laborales en concordancia con los principios de beneficencia, no maleficencia y autonomía. Asimismo, se espera que esta aportación contribuya al

fortalecimiento de políticas institucionales de cuidado psicosocial en contextos de alta demanda, como los vividos durante la pandemia por COVID-19.

6.7 Procesamiento de datos

Los datos obtenidos fueron inicialmente tabulados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel, con el fin de organizar y depurar la información. Posteriormente, se importaron al software SPSS versión 24 para su análisis. Se aplicó estadística descriptiva con el propósito de caracterizar las variables sociodemográficas y los resultados de los instrumentos aplicados. Asimismo, se utilizó la correlación de Pearson para identificar relaciones entre las variables cuantitativas y se elaboraron tablas cruzadas para explorar asociaciones entre variables categóricas. Finalmente, los resultados se presentaron en tablas y gráficas que facilitaron la interpretación de la información.

6.8 Análisis y presentación de resultados

Una vez recolectada la información de la muestra, los datos fueron analizados mediante diferentes técnicas estadísticas. En primer lugar, se aplicó estadística descriptiva para caracterizar las variables sociodemográficas y laborales, así como los resultados obtenidos en los instrumentos MBI y SWS-Survey. Posteriormente, se utilizó la correlación de Pearson con el objetivo de identificar la relación entre las variables sociodemográficas y las subescalas evaluadas por ambos instrumentos. Finalmente, se elaboraron tablas cruzadas entre las principales variables sociodemográficas y las dimensiones del MBI y el SWS-Survey, a las cuales se aplicaron la prueba de Chi cuadrado de Pearson y la prueba exacta de Fisher, a fin de determinar la existencia de asociaciones estadísticamente significativas entre las variables.

7. **RESULTADOS**

Una vez que se hizo el procesamiento de datos, se obtuvieron los resultados tanto de distribución de frecuencias de los rubros socioeconómicos, así como los índices de correlación entre las distintas dimensiones y los rubros sociodemográficos para los tres padecimientos de la salud mental incluidos en esta investigación. A continuación, se muestran los resultados obtenidos.

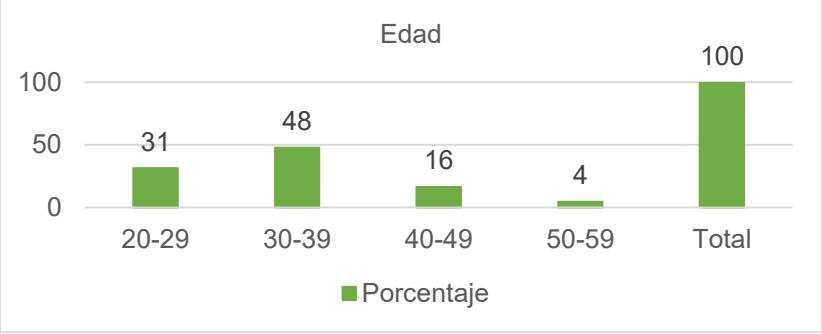
Tabla 1.

Distribución por edad del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
20-29	21	31
30-39	32	48
40-49	11	16
50-59	3	4
Total	67	100

Figura 1.

Distribución por edad del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.



El grupo de edad más frecuente fue el de 30 a 39 años (48 %), seguido por el de 20 a 29 años (31 %). En menor proporción se encontraron los rangos de 40 a 49 años (16 %) y 50 a 59 años (4 %).

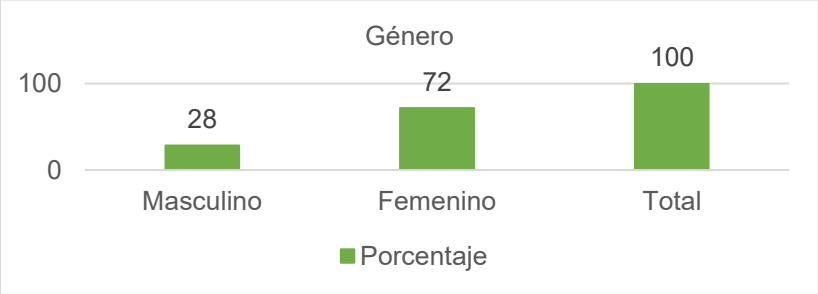
Tabla 2.

Distribución por género del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.

Género	Masculino	Femenino	Total
Porcentaje	28	72	100
Frecuencia	19	48	67

Figura 2.

Distribución por género del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.



En cuanto al género, se identificó un predominio de mujeres (72 %) en comparación con los hombres (28 %). Este hallazgo refleja la tendencia histórica de feminización en la profesión de enfermería, lo cual también ha sido reportado en estudios nacionales e internacionales.

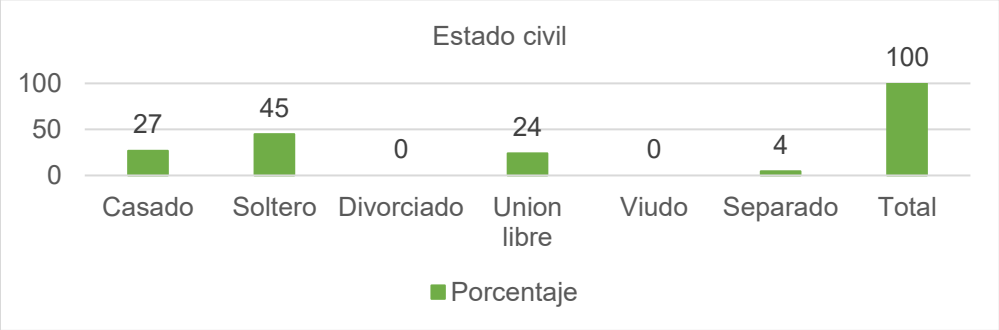
Tabla 3.

Distribución por estado civil del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado	18	27
Soltero	30	45
Divorciado	0	0
Unión libre	16	24
Viudo	0	0
Separado	3	4
Total	67	100

Figura 3.

Distribución por estado civil del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.



El estado civil que presentó el porcentaje mayoritario fue soltero ocupando casi la mitad del total con 45%, seguido de quienes dijeron estar casados y en unión libre con 27% y 24% respectivamente, mientras que el porcentaje menor lo obtuvieron quienes están separados con 4%.

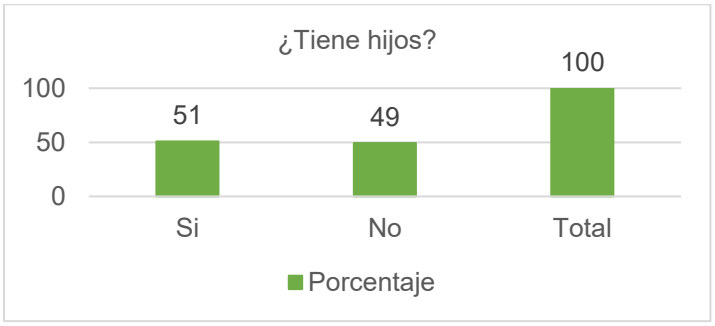
Tabla 4.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según si tienen hijos o no.

¿Tiene hijos?	Si	No	Total
Porcentaje	51	49	100
Frecuencia	34	33	67

Figura 4.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según si tienen hijos o no.



Del total de la muestra de estudio el 51% indicó que tiene hijos, mientras que el 49% señaló que no los tiene. Estos resultados reflejan una distribución equilibrada en los participantes entre quienes tienen y no tienen hijos.

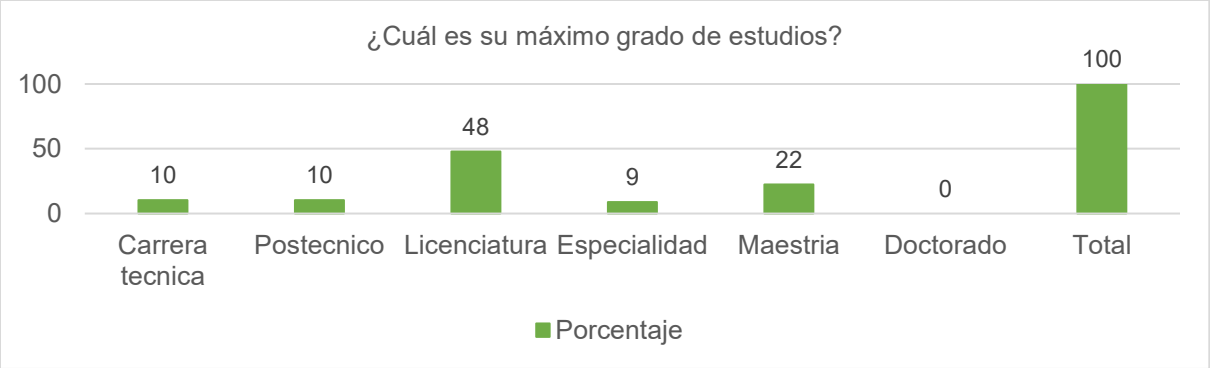
Tabla 5.

Distribución del nivel máximo de estudios del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.

¿Cuál es su máximo grado de estudios?	Frecuencia	Porcentaje
Carrera técnica	7	10
Postécnico	7	10
Licenciatura	32	48
Especialidad	6	9
Maestría	15	22
Doctorado	0	0
Total	67	100

Figura 5.

Distribución del nivel máximo de estudios del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.



En relación con el máximo grado de estudios alcanzado por el personal de enfermería participante, se observó que la mayoría cuenta con licenciatura 48 %. En segundo lugar, se encontró que el 22 % posee estudios de maestría. Los grados de carrera técnica y postécnico representaron cada uno el 10 %, mientras que la especialidad correspondió al 9 %. Cabe destacar que ningún participante reportó contar con grado de doctorado 0 %.

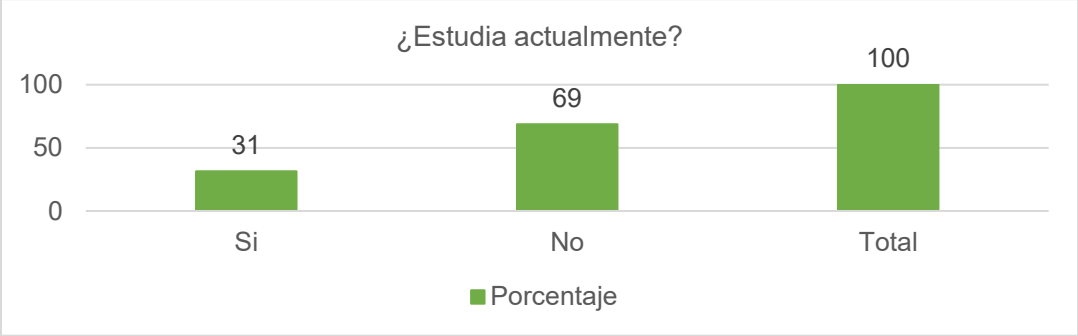
Tabla 6.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según si están cursando algún tipo de estudio.

¿Estudia actualmente?	Frecuencia	Porcentaje
Si	21	31
No	46	69
Total	67	100

Figura 6.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según si están cursando algún tipo de estudio.



Respecto a si el personal de enfermería estudia actualmente, se puede observar que el 31% indicó que continúa con su formación académica, mientras que el 69% no se encontraba estudiando en el momento de la aplicación del cuestionario.

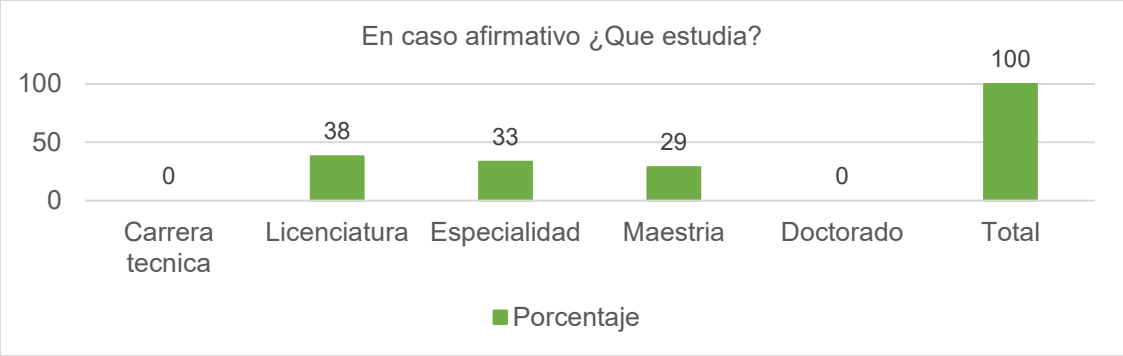
Tabla 7.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, que actualmente están cursando algún tipo de estudio.

En caso afirmativo ¿Que estudia?	Frecuencia	Porcentaje
Carrera técnica	0	0
Licenciatura	8	38
Especialidad	7	33
Maestría	6	29
Doctorado	0	0
Total	21	100

Figura 7.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, que actualmente están cursando algún tipo de estudio.



De los 21 participantes que respondieron afirmativamente, el 38% está estudiando una licenciatura, el 33% cursa una especialidad, y el 29% está realizando una maestría. No se registraron participantes estudiando a nivel de carrera técnica ni de doctorado.

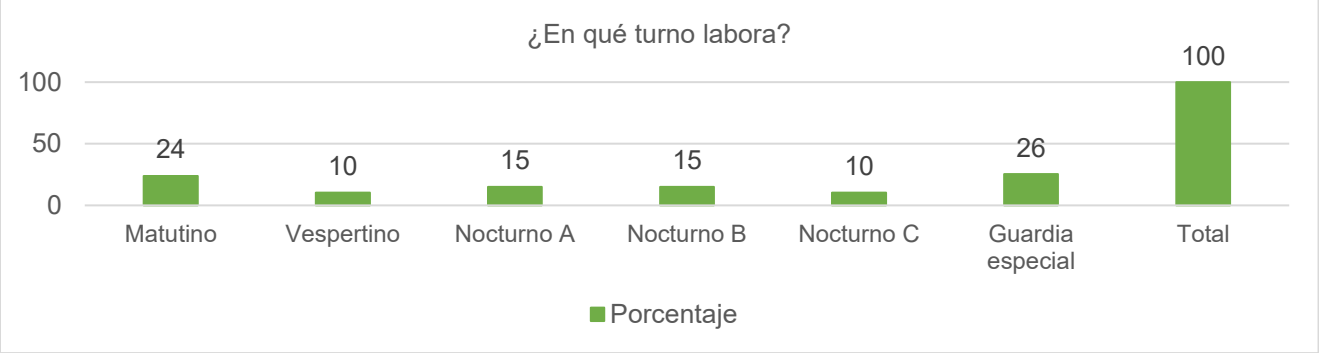
Tabla 8.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según el turno en que laboran.

¿En qué turno labora?	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	16	24
Vespertino	7	10
Nocturno A	10	15
Nocturno B	10	15
Nocturno C	7	10
Guardia especial	17	26
Total	67	100

Figura 8.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según el turno en que laboran.



Con relación al turno laboral, del total, el 26% trabaja en la guardia especial, seguido por un 24% en el turno matutino, los turnos nocturnos están divididos en tres grupos Nocturno A y Nocturno B, cada uno con 15%, y Nocturno C con 10%, el turno vespertino es desempeñado por el 10%. Estos datos reflejan una distribución variada de los horarios laborales dentro de la muestra.

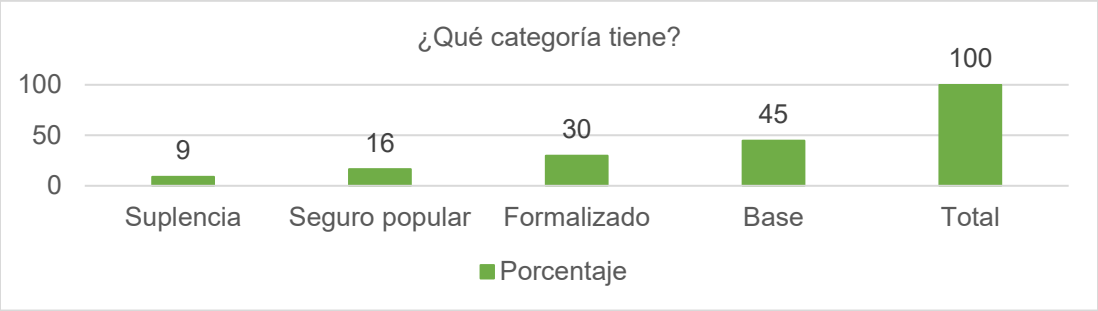
Tabla 9.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según su categoría laboral.

¿Qué categoría tiene?	Frecuencia	Porcentaje
Suplencia	6	9
Seguro popular	11	16
Formalizado	20	30
Base	30	45
Total	67	100

Figura 9.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según su categoría laboral.



Respecto a la categoría el 45% cuenta con una base, mientras que el 30% tiene un contrato formalizado. Además, el 16% tiene contrato de seguro popular, y el 9% trabaja bajo la modalidad de suplencia.

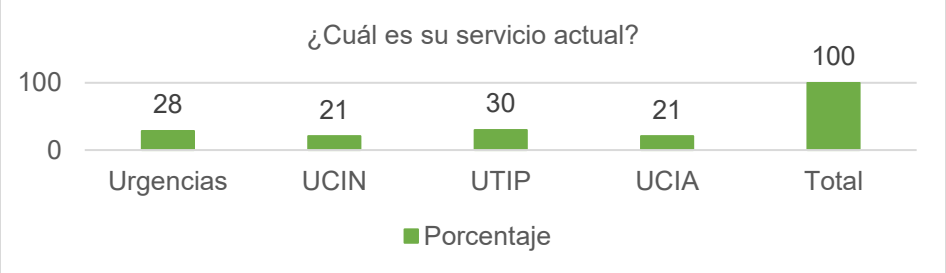
Tabla 10.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según el servicio en el que laboran.

¿Cuál es su servicio actual?	Frecuencia	Porcentaje
Urgencias	19	28
UCIN	14	21
UTIP	20	30
UCIA	14	21
Total	67	100

Figura 10.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según el servicio en el que laboran.



Respecto al servicio en el que se desempeña el personal de enfermería, se encontró que la mayor proporción labora en la UTIP, con un 30% del total de participantes. En segundo lugar, se ubica el área de Urgencias con un 28%. Tanto la UCIN como la UCIA concentraron el 21% cada una, lo que muestra una distribución relativamente equilibrada en estas áreas críticas.

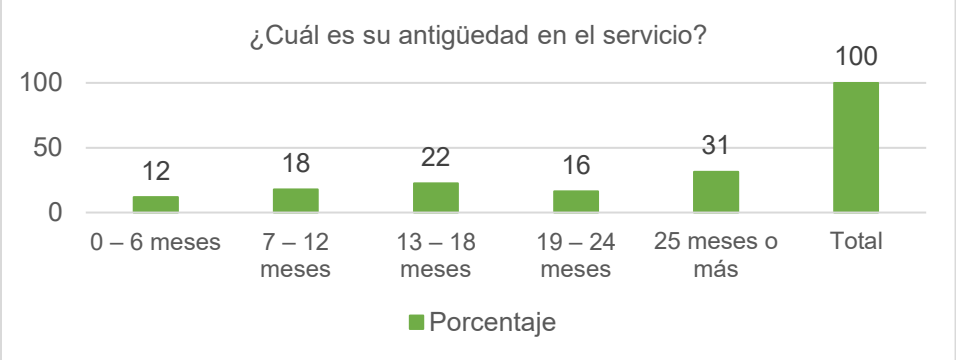
Tabla 11.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según su antigüedad en el servicio.

¿Cuál es su antigüedad en el servicio?	Frecuencia	Porcentaje
0 – 6 meses	8	12
7 – 12 meses	12	18
13 – 18 meses	15	22
19 – 24 meses	11	16
25 meses o más	21	31
Total	67	100

Figura 11.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según su antigüedad en el servicio.



En relación con la antigüedad en el servicio, se observa que la mayor proporción del personal cuenta con 25 meses o más de experiencia (31%), lo que refleja un grupo con mayor permanencia en las áreas críticas. Le sigue el grupo con 13 a 18 meses (22%), y en menor medida aquellos con 7 a 12 meses (18%) y 19 a 24 meses (16%). Finalmente, el 12% de los participantes reportó tener entre 0 y 6 meses de antigüedad, lo cual indica la presencia de personal de reciente incorporación en las unidades.

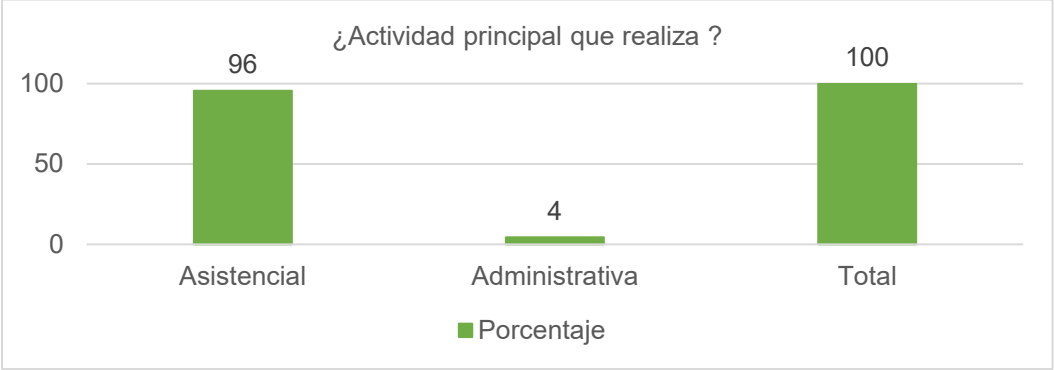
Tabla 12.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según la actividad principal que realizan.

Actividad principal que realiza	Frecuencia	Porcentaje
Asistencial	64	96
Administrativa	3	4
Docente	0	0
Total	67	100

Figura 12.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según la actividad principal que realizan.



Relación del personal de enfermería según la actividad principal que realizan, la gran mayoría 96%, realiza actividades asistenciales, mientras que el 4% desempeña funciones administrativas. Las funciones asistenciales se volvieron más demandadas y demandantes durante la pandemia por COVID-19 debido al aumento de pacientes graves.

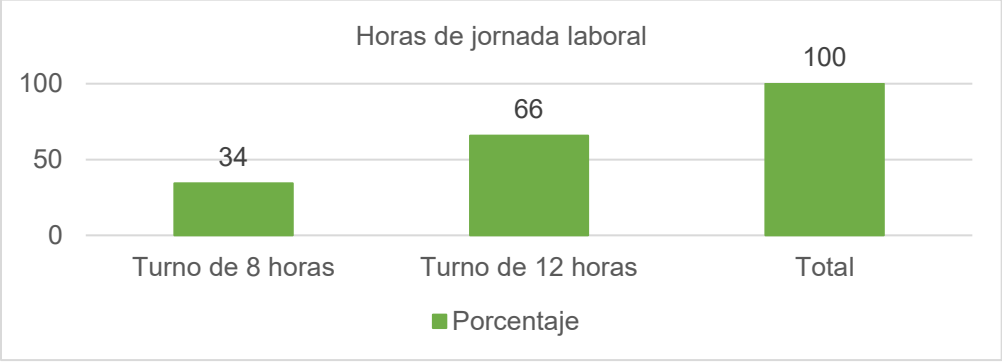
Tabla 13.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según la duración de su jornada laboral.

Horas de jornada laboral	Frecuencia	Porcentaje
Turno de 8 horas	23	34
Turno de 12 horas	44	66
Total	67	100

Figura 13.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según la duración de su jornada laboral.



En relación con la jornada laboral, se observó que la mayoría del personal de enfermería trabaja en turnos de 12 horas (66%), mientras que el 34% restante desempeña sus actividades en turnos de 8 horas.

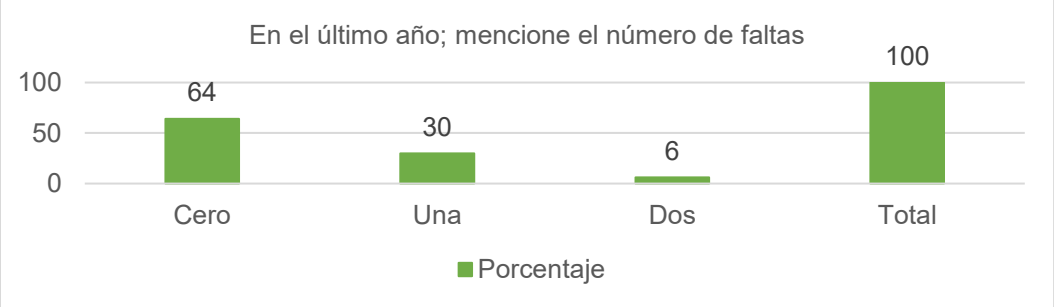
Tabla 14.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según el número de faltas registradas en el último año.

En el último año; mencione el número de faltas	Frecuencia	Porcentaje
Cero	43	64
Una	20	30
Dos	4	6
Total	67	100

Figura 14.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según el número de faltas registradas en el último año.



En relación con el número de faltas registradas en el último año, por el personal de enfermería. La mayoría (64%), no reportó ninguna falta. El 30% indicó haber faltado en una ocasión, mientras que el 6% registró dos faltas.

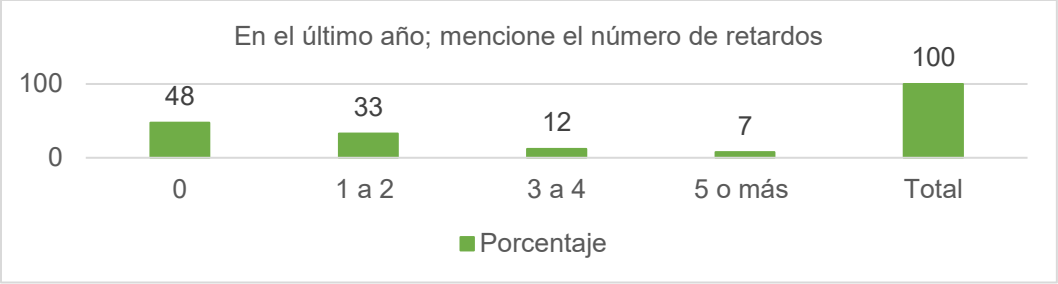
Tabla 15.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según el número de retardos registrados en el último año.

En el último año; mencione el número de retardos	Frecuencia	Porcentaje
0	32	48
1 a 2	22	33
3 a 4	8	12
5 o más	5	7
Total	67	100

Figura 15.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según el número de retardos registrados en el último año.



Relación del personal de enfermería según el número de retardos registrados en el último año. La mayoría (48%) no tuvo retardos en el último año, lo que indica un alto nivel de compromiso con su trabajo. Sin embargo, el 33% que reportó entre 1 y 2 retardos y el 7% que reportó 5 o más retardos.

Tabla 16.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según si realizan guardias o no.

¿Realiza guardias?	Frecuencia	Porcentaje
Si	17	25
No	50	75
Total	67	100

Figura 16.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según si realizan guardias o no.



Relación del personal de enfermería según si realizan guardias o no. El 25% indicó que sí realiza guardias, mientras que el 75% señaló que no las realiza.

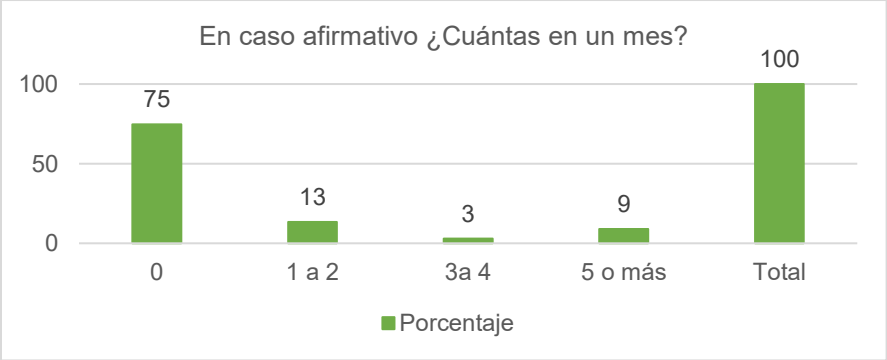
Tabla 17.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, de acuerdo con la cantidad de guardias que realizan al mes.

En caso afirmativo ¿Cuántas en un mes?	Frecuencia	Porcentaje
0	50	75
1 a 2	9	13
3 a 4	2	3
5 o más	6	9
Total	67	100

Figura 17.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, de acuerdo con la cantidad de guardias que realizan al mes.



Relación del personal de enfermería de acuerdo con la cantidad de guardias que realizan al mes. La mayor parte del personal que participó no realiza guardias, el 13% realizan de 1 a 2 guardias, el 3% de 3 a 4 y el 9% realiza 5 o más guardias al mes.

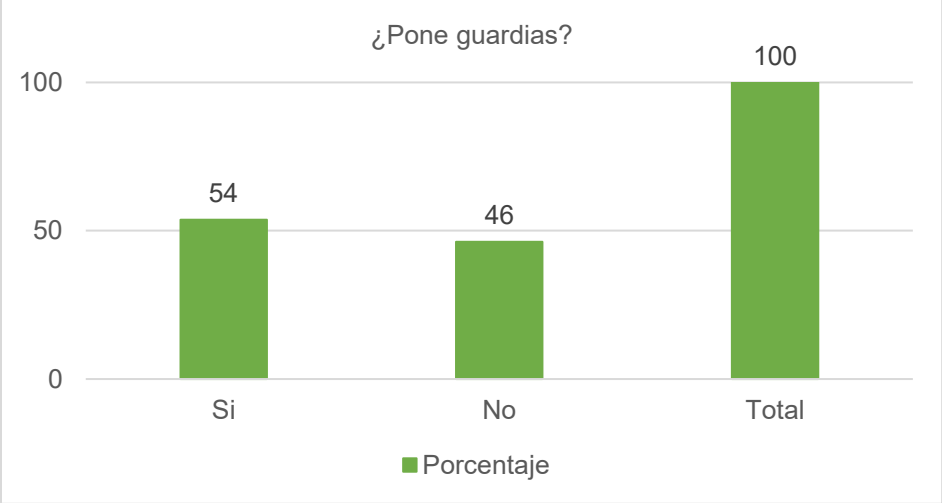
Tabla 18.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según si ponen guardias o no.

¿Pone guardias?	Frecuencia	Porcentaje
Si	36	54
No	31	46
Total	67	100

Figura 18.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según si ponen guardias o no.



Distribución de los profesionales de enfermería según si ponen guardias o no, el 54% indicó que sí pone guardias, mientras que el 46% señaló que no.

Tabla 19.

Distribución de las guardias que pone el personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, al mes.

En caso afirmativo ¿Cuántas en un mes?	Frecuencia	Porcentaje
Uno	21	58
Dos	13	36
Tres	2	6
Total	36	100

Figura 19.

Distribución de las guardias que pone el personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, al mes.



Distribución de las guardias que ponen los profesionales de enfermería al mes. El 58% reportó asignar una guardia al mes, mientras que el 36% recurre a dos guardias mensuales y el 6% señaló que asigna tres guardias por mes.

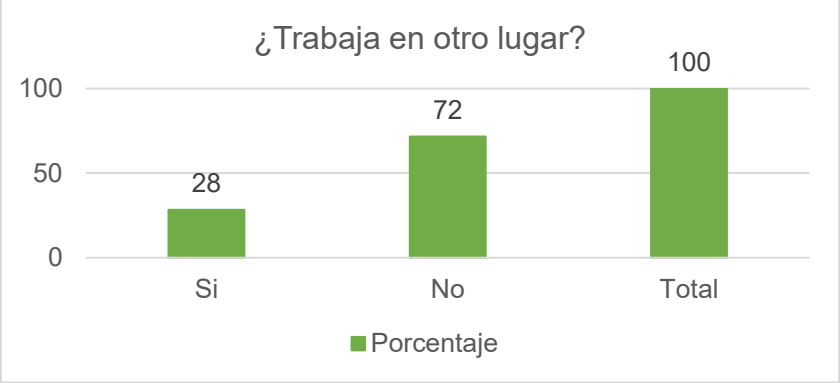
Tabla 20

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, que trabajan en otro lugar.

¿Trabaja en otro lugar?	Frecuencia	Porcentaje
Si	19	28
No	48	72
Total	67	100

Figura 20.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, que trabajan en otro lugar.



Relación del personal de enfermería que trabajan en otro lugar además de su empleo principal; 28% indicaron que sí tienen otro empleo, mientras que 72% señalaron que no.

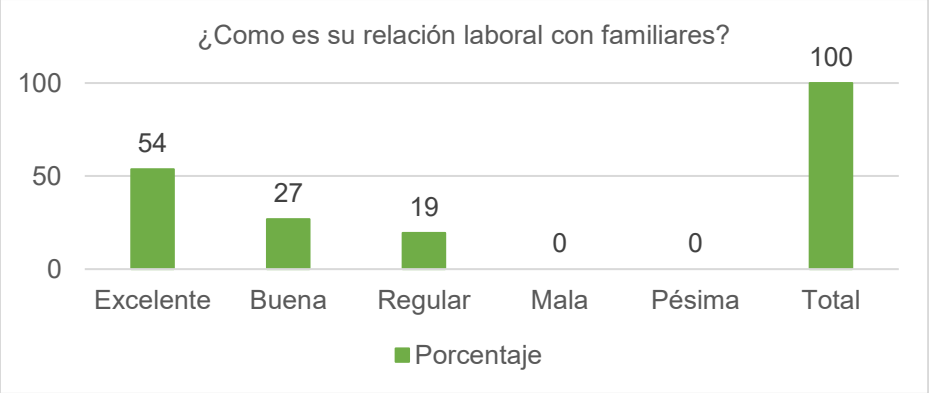
Tabla 21.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según su relación laboral con los familiares de los pacientes.

¿Como es su relación laboral con familiares?	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	36	54
Buena	18	27
Regular	13	19
Mala	0	0
Pésima	0	0
Total	67	100

Figura 21.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según su relación laboral con los familiares de los pacientes.



Respecto a la relación con los familiares, la mayoría del personal de enfermería la calificó como excelente (54%), seguida de un 27% que la consideró buena. En menor medida, el 19% reportó que su relación fue regular, mientras que ninguna persona manifestó tener una relación mala o pésima. Estos resultados evidencian una percepción predominantemente positiva en este ámbito.

.

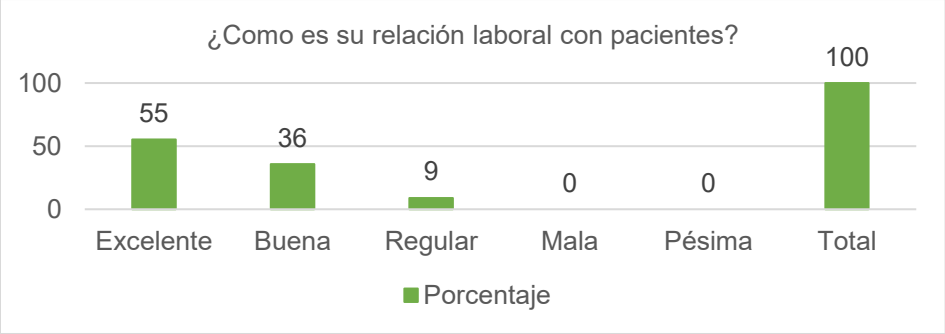
Tabla 22.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según su relación laboral con los pacientes.

¿Como es su relación laboral con pacientes?	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	37	55
Buena	24	36
Regular	6	9
Mala	0	0
Pésima	0	0
Total	67	100

Figura 22.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según su relación laboral con los pacientes.



Respecto a la relación laboral con los pacientes. La mayoría la califica como excelente con el 55% o buena en el 36% de los casos, mientras que un pequeño porcentaje (9%) la considera regular. Esta percepción de excelente y buena relación es un indicativo de una comunicación efectiva en la que se efectúan trabajos de cuidado con calidad y empatía.

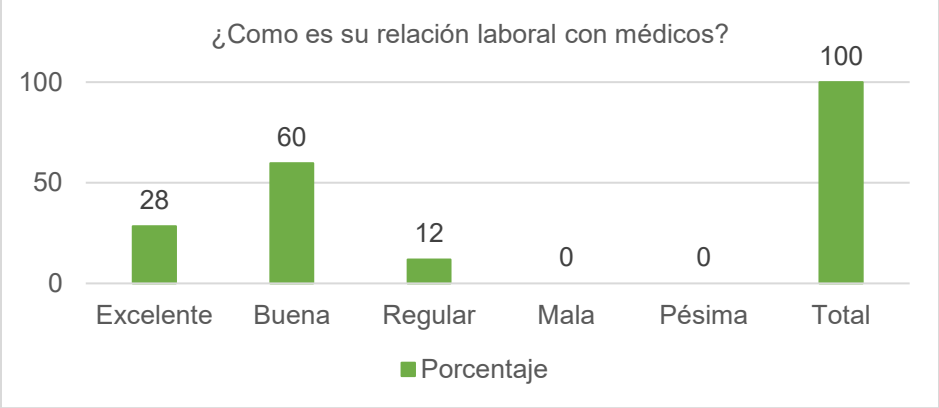
Tabla 23.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según su relación laboral con los médicos.

¿Como es su relación laboral con médicos?	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	19	28
Buena	40	60
Regular	8	12
Mala	0	0
Pésima	0	0
Total	67	100

Figura 23.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según su relación laboral con los médicos.



Relación del personal de enfermería según su relación laboral con los médicos. El 60% considera que la relación que tiene con ellos es buena, el 28% excelente, mientras que un 12% la califica como regular.

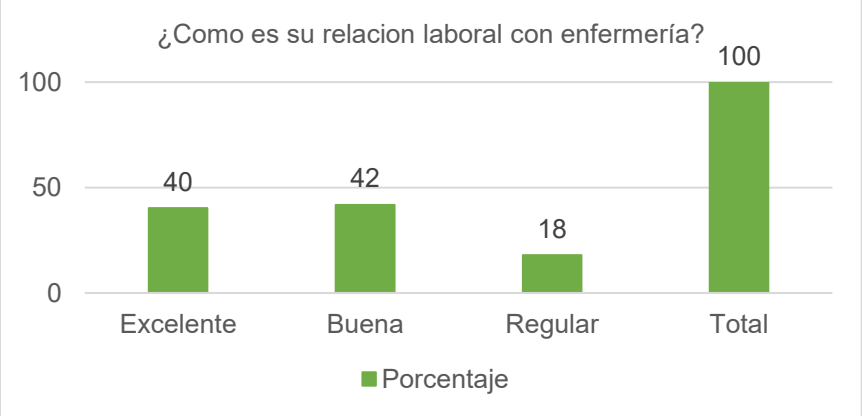
Tabla 24.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según su relación laboral con enfermería.

¿Como es su relación laboral con enfermería?	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	27	40
Buena	28	42
Regular	12	18
Mala	0	0
Pésima	0	0
Total	67	100

Figura 24.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según su relación laboral con enfermería.



Relación del personal de enfermería según su relación con otros enfermeros dentro del hospital. La gran mayoría (82%) califica la relación como excelente o buena, mientras que un 18% la considera regular.

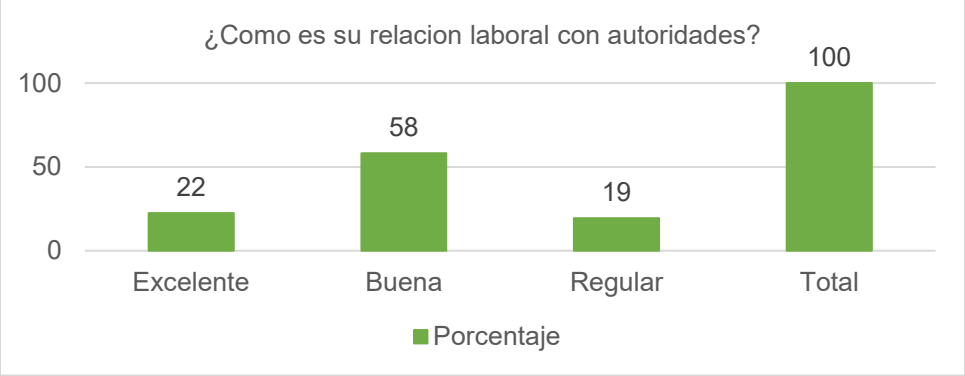
Tabla 25.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según su relación laboral con las autoridades del hospital.

¿Como es su relación laboral con autoridades?	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	15	22
Buena	39	58
Regular	13	19
Mala	0	0
Pésima	0	0
Total	67	100

Figura 25.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según su relación laboral con las autoridades del hospital.



Relación del personal de enfermería, según su relación con las autoridades dentro del hospital. La mayoría (58%) califica esta relación como buena, el 22% excelente, mientras que un 19% la considera regular. No se reportan relaciones malas o pésimas, lo que sugiere un entorno laboral con una comunicación efectiva y una gestión positiva de las interacciones entre el profesionales de enfermería y las autoridades.

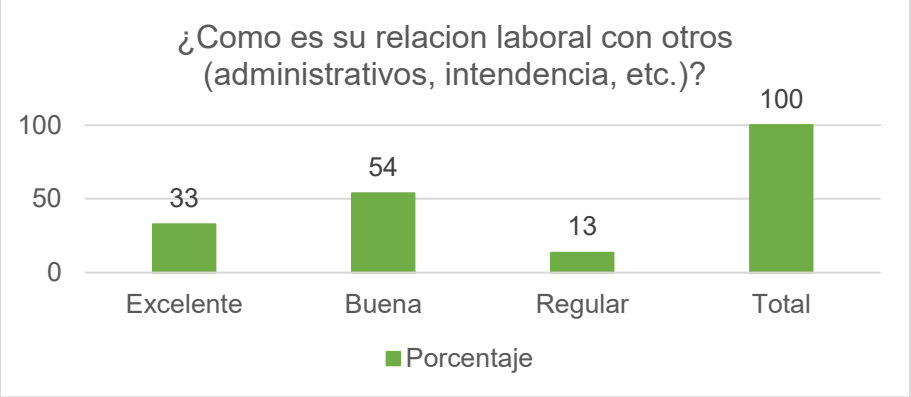
Tabla 26.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según su relación laboral con otros.

¿Como es su relación laboral con otros (administrativos, intendencia, etc.)?	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	22	33
Buena	36	54
Regular	9	13
Mala	0	0
Pésima	0	0
Total	67	100

Figura 26.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según su relación laboral con otros.



Relación del personal de enfermería según su relación con otro personal con el que convive cotidianamente en el ejercicio de su trabajo profesional a percepción de los profesionales de enfermería.

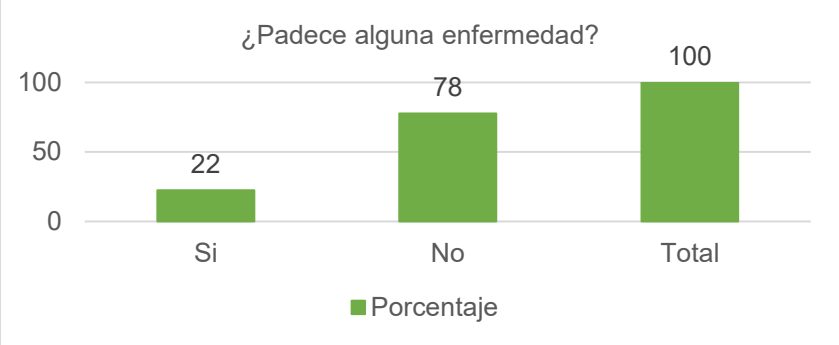
Tabla 27.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según si padecen alguna enfermedad o no.

¿Padece alguna enfermedad?	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	22
No	52	78
Total	67	100

Figura 27.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según si padecen alguna enfermedad o no.



Distribución del personal de enfermería según si padecen alguna enfermedad o no. El 22% reporta padecer alguna enfermedad que aunque es un porcentaje minoritario, el 78% restante señaló que no padece o no tiene conocimiento de padecer algún tipo de enfermedad.

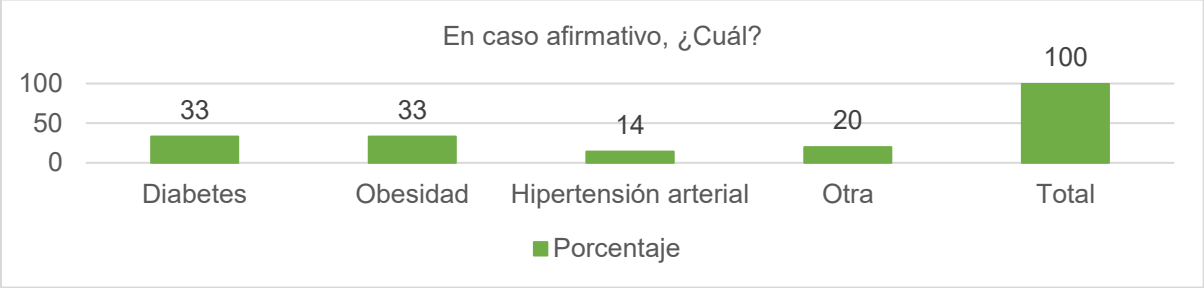
Tabla 28.

Distribución de las enfermedades reportadas por el personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.

En caso afirmativo, ¿Cuál?	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes	5	33
Obesidad	5	33
Hipertensión arterial	2	14
Otra	3	20
Total	15	100

Figura 28.

Distribución de las enfermedades reportadas por el personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.



Distribución de las enfermedades reportadas por los profesionales de enfermería, las enfermedades más comunes reportadas son diabetes y obesidad con 33% cada una, seguidas de hipertensión arterial con 14% y otras afecciones que constituyeron el 20%.

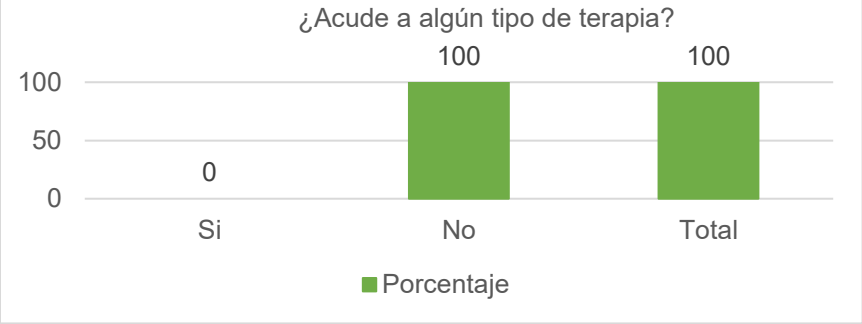
Tabla 29.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según si acuden a algún tipo de terapia o no.

¿Acude a algún tipo de terapia?	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0
No	67	100
Total	67	100

Figura 29.

Distribución de los profesionales de enfermería según si acuden a algún tipo de terapia o no.



Distribución del personal de enfermería según si acuden a algún tipo de terapia o no. La ausencia de terapia en los profesionales de enfermería refleja una posible falta de recursos y políticas de apoyo emocional dentro de las instituciones de salud.

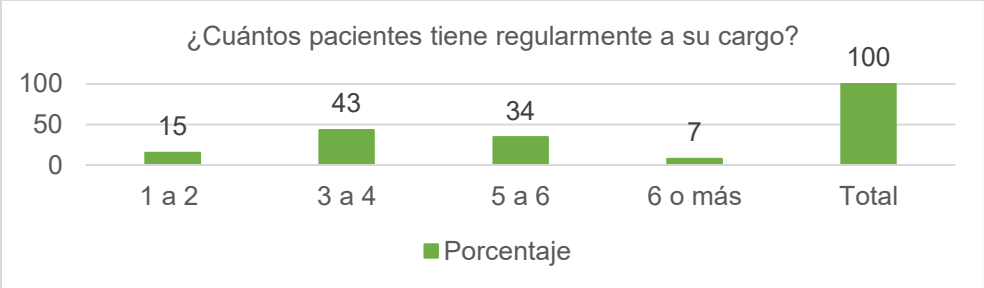
Tabla 30.

Distribución de la cantidad de pacientes que tiene regularmente a su cargo, el personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.

¿Cuántos pacientes tiene regularmente a su cargo?	Frecuencia	Porcentaje
1 a 2	10	15
3 a 4	29	43
5 a 6	23	34
6 o más	5	7
Total	67	100

Figura 30.

Distribución de la cantidad de pacientes que tiene regularmente a su cargo, el personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022,



Relación de la cantidad de pacientes que el personal de enfermería tiene regularmente a su cargo. La mayoría (43%) atiende entre 3 y 4 pacientes, seguido por un 34% que maneja entre 5 y 6. Solo un 15% tiene a su cargo de 1 a 2 pacientes, mientras que un 7% atiende a 6 o más. Esta información es clave para evaluar la carga laboral y su posible impacto en el estrés y el síndrome de burnout.

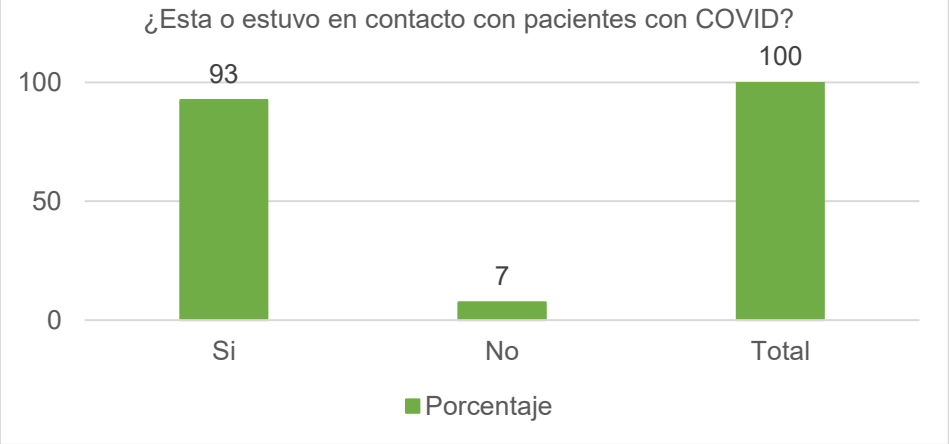
Tabla 31.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según su contacto con pacientes COVID-19.

¿Esta o estuvo en contacto con pacientes con COVID-19?	Frecuencia	Porcentaje
Si	62	93
No	5	7
Total	67	100

Figura 31.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según su contacto con pacientes COVID-19.



Se observa que el 93% del personal reportó haber estado en contacto con estos pacientes, mientras que solo un 7% indicó no haber tenido dicha exposición. Esta exposición física y también emocional, puede generar una sobrecarga de trabajo y contribuir a aumentar el riesgo de alteraciones de la salud mental.

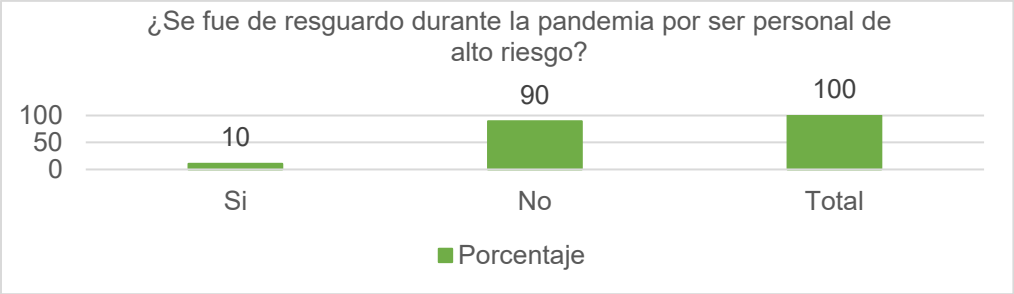
Tabla 32.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, en relación con el resguardo durante la pandemia por COVID-19 debido a ser considerado personal de alto riesgo.

¿Se fue de resguardo durante la pandemia por ser personal de alto riesgo?	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	10
No	60	90
Total	67	100

Figura 32.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, en relación con el resguardo durante la pandemia por COVID-19 debido a ser considerado personal de alto riesgo.



Distribución del personal de enfermería en relación con el resguardo durante la pandemia por COVID-19 debido a ser considerado de alto riesgo. Se observa que solo el 10% del personal fue apartado de sus funciones por esta razón, mientras que el 90% continuó laborando de manera presencial.

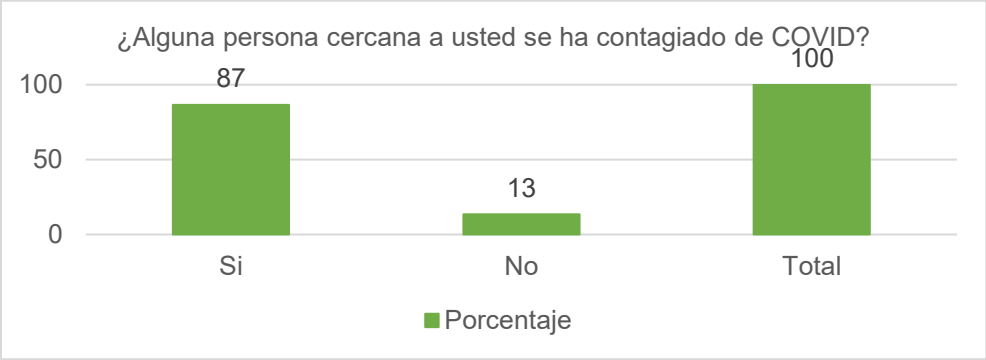
Tabla 33.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, en relación con el contagio de COVID-19 en su entorno cercano.

¿Alguna persona cercana a usted se ha contagiado de COVID?	Frecuencia	Porcentaje
Si	58	87
No	9	13
Total	67	100

Figura 33.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, en relación con el contagio de COVID-19 en su entorno cercano.



Distribución del personal de enfermería en relación con el contagio de COVID-19 en su entorno cercano. Se observa que el 87% de los encuestados reportó que al menos una persona cercana se ha contagiado, mientras que el 13% indicó no haber tenido casos en su círculo cercano.

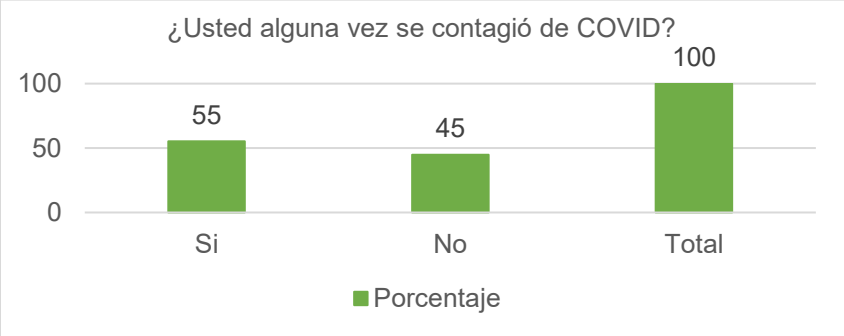
Tabla 34.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según su experiencia personal con el contagio de COVID-19.

¿Usted alguna vez se contagió de COVID?	Frecuencia	Porcentaje
Si	37	55
No	30	45
Total	67	100

Figura 34.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, según su experiencia personal con el contagio de COVID-19.



Distribución del personal de enfermería según su experiencia personal con el contagio de COVID-19. Se observa que el 55% de los encuestados reportó haberse contagiado en algún momento, mientras que el 45% indicó no haber contraído la enfermedad.

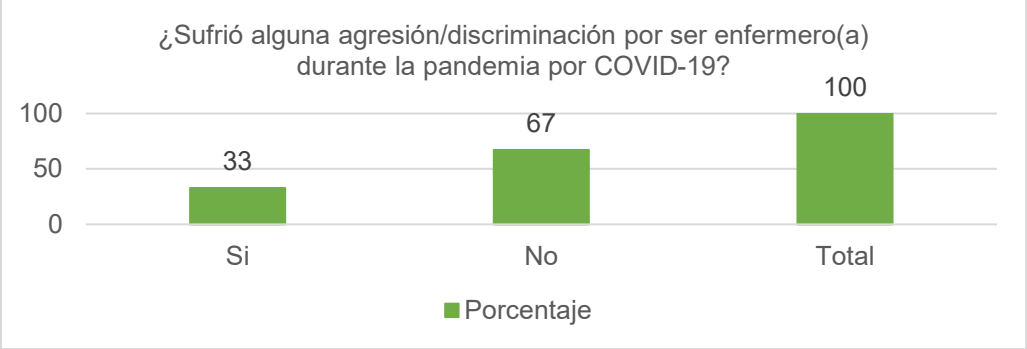
Tabla 35.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, en relación con experiencias de agresión o discriminación durante la pandemia por COVID-19.

¿Sufrió alguna agresión/discriminación por ser enfermero(a) durante la pandemia por COVID-19?	Frecuencia	Porcentaje
Si	22	33
No	45	67
Total	67	100

Tabla 35.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, en relación con experiencias de agresión o discriminación durante la pandemia por COVID-19.



Distribución de los profesionales de enfermería en relación con experiencias de agresión o discriminación durante la pandemia por COVID-19. Se observa que el 33% de los encuestados reportó haber sufrido algún tipo de agresión o discriminación, mientras que el 67% indicó no haber enfrentado esta situación, algunos de ellos fueron evitados en el trato directo o fueron tratados de manera hostil tanto en sus comunidades como en sus entornos sociales.

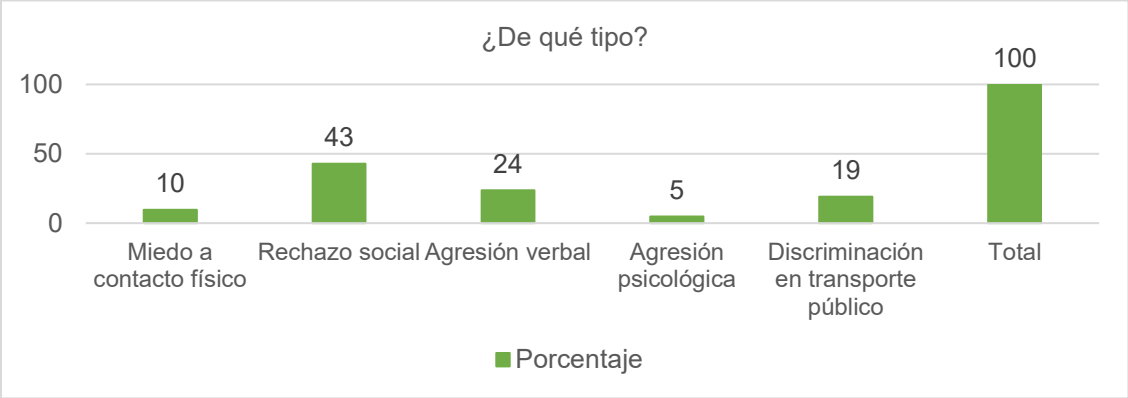
Tabla 36.

Tipos de agresión o discriminación que el personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, experimentó durante la pandemia por COVID-19.

¿De qué tipo?	Frecuencia	Porcentaje
Miedo a contacto físico	2	10
Rechazo social	9	43
Agresión verbal	5	24
Agresión psicológica	1	5
Discriminación en transporte público	4	19
Total	21	100

Figura 36.

Tipos de agresión o discriminación que el personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, experimentó durante la pandemia por COVID-19.



El 43% de los casos reportó rechazo social, seguido por un 24% que experimentó agresiones verbales. El 19% indicó haber sufrido discriminación en el transporte público, mientras que el 10% mencionó miedo al contacto físico y un 5% reportó haber recibido agresión psicológica.

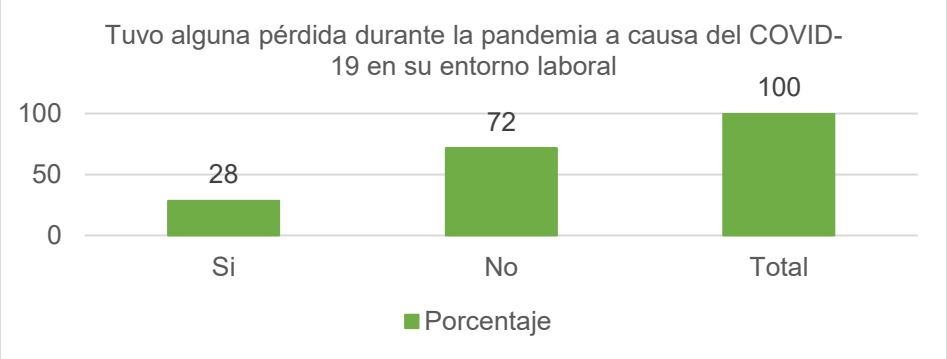
Tabla 37.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, en relación con las pérdidas sufridas en su entorno laboral a causa del COVID-19 durante la pandemia.

Tuvo alguna pérdida durante la pandemia a causa del COVID-19 en su entorno laboral	Frecuencia	Porcentaje
Si	19	28
No	48	72
Total	67	100

Figura 37.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, en relación con las pérdidas sufridas en su entorno laboral a causa del COVID-19 durante la pandemia.



Distribución de los profesionales de enfermería en relación con las pérdidas sufridas en su entorno laboral a causa del COVID-19 durante la pandemia. Se observa que el 28% de los encuestados reportó haber tenido alguna pérdida en su entorno laboral debido a la enfermedad, mientras que el 72% indicó que no sufrió pérdidas en ese contexto.

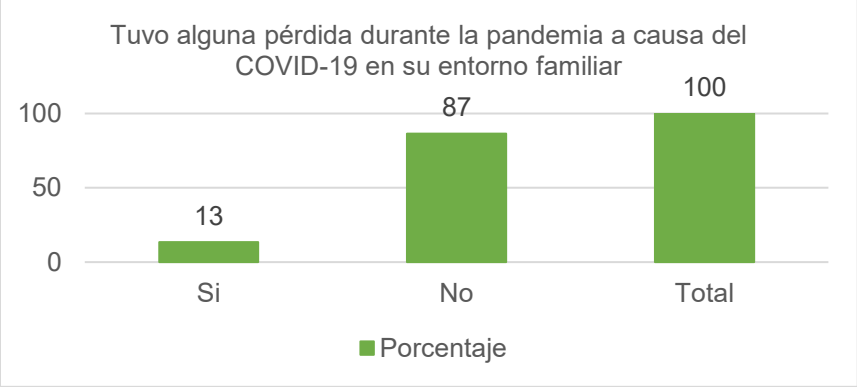
Tabla 38.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, en relación con las pérdidas sufridas en su entorno familiar a causa del COVID-19 durante la pandemia.

Tuvo alguna pérdida durante la pandemia a causa del COVID-19 en su entorno familiar	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	13
No	58	87
Total	67	100

Figura 38.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, en relación con las pérdidas sufridas en su entorno familiar a causa del COVID-19 durante la pandemia.



Distribución de los profesionales de enfermería en relación con las pérdidas sufridas en su entorno familiar a causa del COVID-19 durante la pandemia. Se observa que el 13% de los encuestados reportó haber tenido alguna pérdida en su entorno familiar a causa de la enfermedad, mientras que el 87% indicó que no sufrió pérdidas en ese contexto.

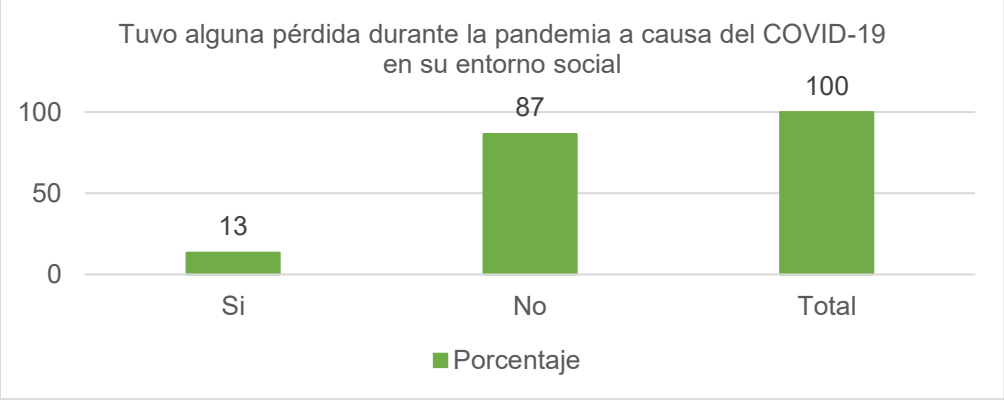
Tabla 39.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, en relación con las pérdidas sufridas en su entorno social a causa del COVID-19 durante la pandemia.

Tuvo alguna pérdida durante la pandemia a causa del COVID-19 en su entorno social	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	13
No	58	87
Total	67	100

Figura 39.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, en relación con las pérdidas sufridas en su entorno social a causa del COVID-19 durante la pandemia.



Distribución de los profesionales de enfermería en relación con las pérdidas sufridas en su entorno social a causa del COVID-19 durante la pandemia. Se observa que el 13% de los encuestados reportó haber experimentado la pérdida de alguien en su círculo social, mientras que el 87% indicó no haber tenido pérdidas en este ámbito.

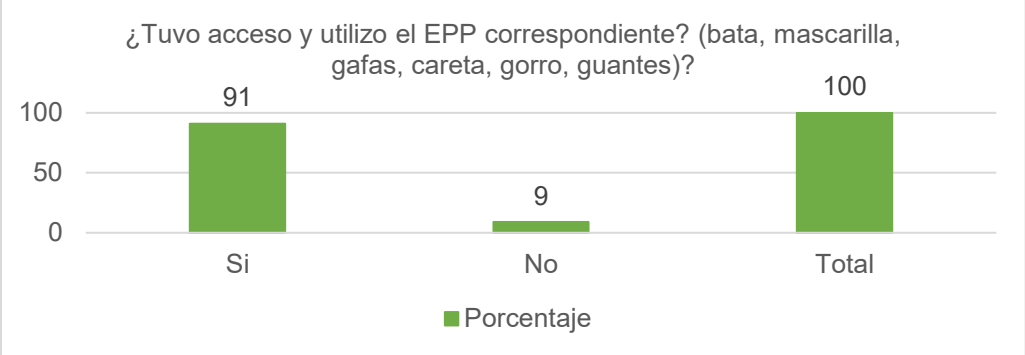
Tabla 40.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, en relación con el acceso y uso del equipo de protección personal (EPP) durante la pandemia por COVID-19.

¿Tuvo acceso y utilizo el EPP correspondiente? (bata, mascarilla, gafas, careta, gorro, guantes)?	Frecuencia	Porcentaje
Si	61	91
No	6	9
Total	67	100

Figura 40.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, en relación con el acceso y uso del equipo de protección personal (EPP) durante la pandemia por COVID-19.



Distribución del personal de enfermería en relación con el acceso y uso del equipo de protección personal (EPP) durante la pandemia por COVID-19. Se observa que el 91% de los encuestados indicó haber tenido acceso y utilizado el EPP correspondiente (bata, mascarilla, gafas, careta, gorro y guantes), mientras que el 9% reportó no haber contado con estos insumos.

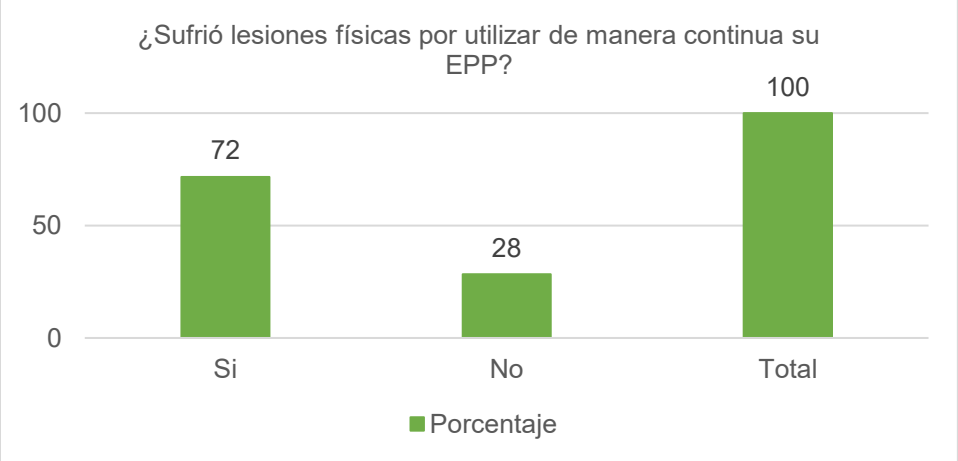
Tabla 41.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, en relación con las lesiones físicas derivadas del uso continuo del equipo de protección personal (EPP) durante la pandemia por COVID-19.

¿Sufrió lesiones físicas por utilizar de manera continua su EPP?	Frecuencia	Porcentaje
Si	48	72
No	19	28
Total	67	100

Figura 41.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, en relación con las lesiones físicas derivadas del uso continuo del equipo de protección personal (EPP) durante la pandemia por COVID-19.



Distribución de los profesionales de enfermería en relación con las lesiones físicas derivadas del uso continuo del equipo de protección personal (EPP) durante la pandemia por COVID-19. Se observa que el 72% de los encuestados reportó haber sufrido lesiones físicas debido al uso prolongado del EPP, mientras que el 28% indicó no haber experimentado este problema.

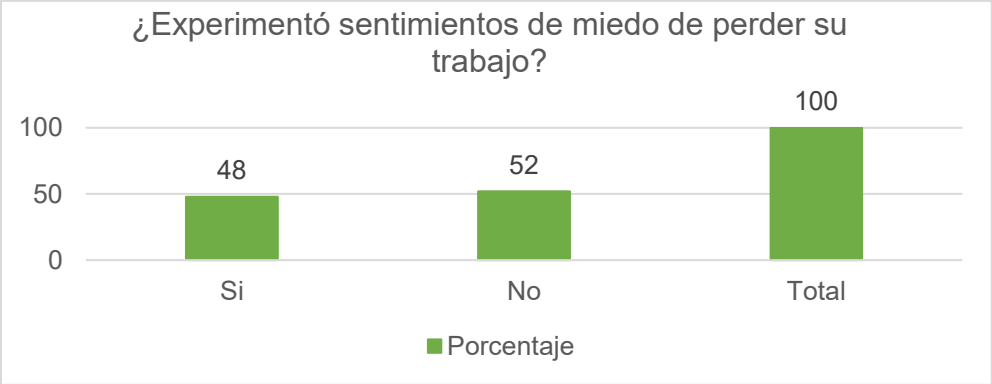
Tabla 42.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, en relación con el temor a perder su empleo durante la pandemia por COVID-19.

¿Experimentó sentimientos de miedo de perder su trabajo?	Frecuencia	Porcentaje
Si	32	48
No	35	52
Total	67	100

Figura 42.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, en relación con el temor a perder su empleo durante la pandemia por COVID-19.



Distribución de los profesionales en relación con el temor a perder su empleo durante la pandemia por COVID-19. Se observa que el 48% de los encuestados reportó haber experimentado miedo de perder su trabajo, mientras que el 52% indicó no haber tenido esta preocupación.

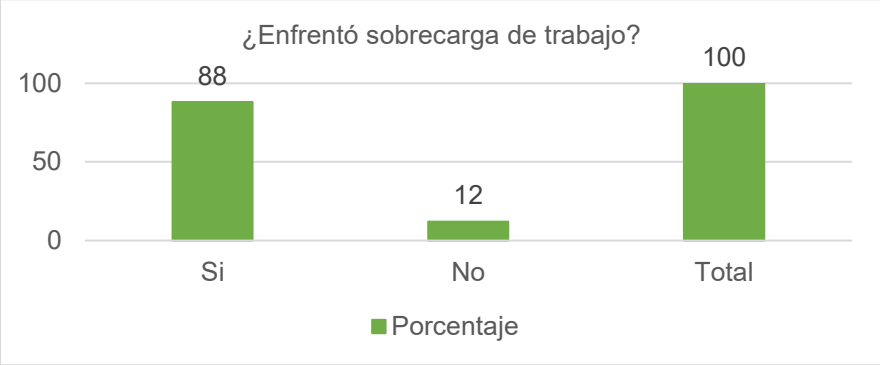
Tabla 43.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, en relación con la sobrecarga de trabajo durante la pandemia por COVID-19.

¿Enfrentó sobrecarga de trabajo?	Frecuencia	Porcentaje
Si	59	88
No	8	12
Total	67	100

Figura 43.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, en relación con la sobrecarga de trabajo durante la pandemia por COVID-19.



Distribución de profesionales de enfermería en relación con la sobrecarga de trabajo durante la pandemia por COVID-19. Se observa que el 88% de los encuestados reportó haber enfrentado una sobrecarga laboral, mientras que solo el 12% indicó no haber experimentado esta situación.

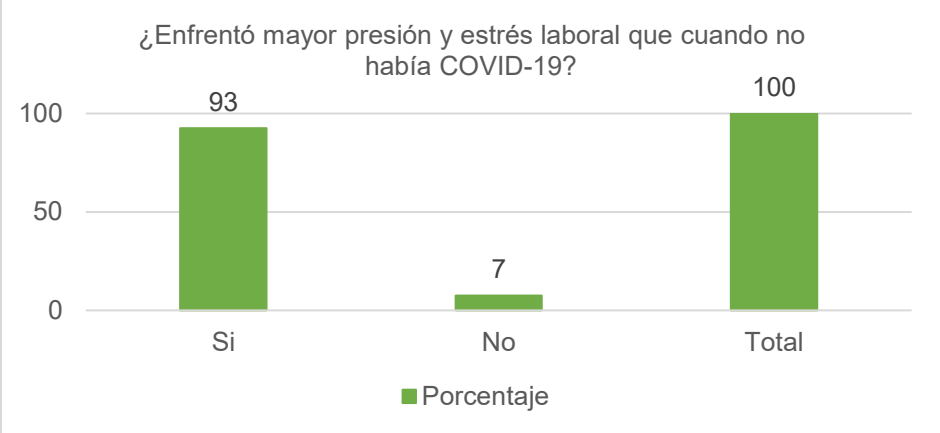
Tabla 44.

Percepción del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, sobre el aumento de la presión y el estrés laboral durante la pandemia por COVID-19 en comparación con periodos previos.

¿Enfrentó mayor presión y estrés laboral que cuando no había COVID-19?	Frecuencia	Porcentaje
Si	62	93
No	5	7
Total	67	100

Figura 44.

Percepción del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, sobre el aumento de la presión y el estrés laboral durante la pandemia por COVID-19 en comparación con periodos previos.



Percepción de los profesionales de enfermería sobre el aumento de la presión y el estrés laboral durante la pandemia por COVID-19 en comparación con periodos previos. Se observa que el 93% de los encuestados reportó haber experimentado mayor presión y estrés laboral, mientras que solo el 7% indicó no haber percibido un incremento significativo en estos factores.

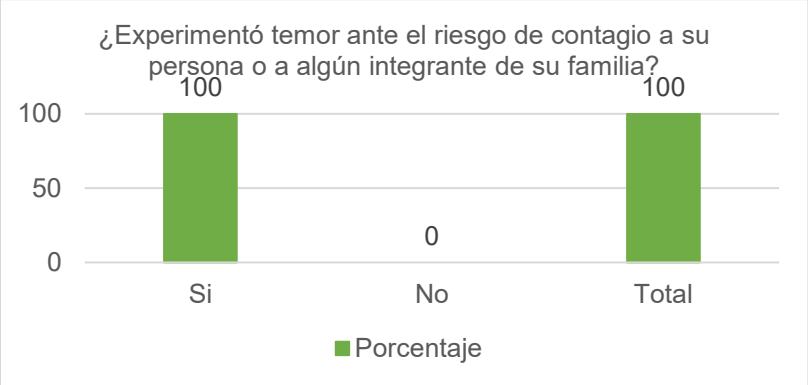
Tabla 45.

Percepción del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, respecto al temor de contagiarse o contagiar a un familiar durante la pandemia por COVID-19.

¿Experimentó temor ante el riesgo de contagio a su persona o a algún integrante de su familia?	Frecuencia	Porcentaje
Si	67	100
No	0	0
Total	67	100

Figura 45.

Percepción del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, respecto al temor de contagiarse o contagiar a un familiar durante la pandemia por COVID-19.



Percepción de los profesionales de enfermería respecto al temor de contagiarse o contagiar a un familiar durante la pandemia por COVID-19. Se observa que el 100% de los encuestados manifestó haber experimentado este miedo, lo que resalta la fuerte preocupación del personal de salud ante el riesgo de infección.

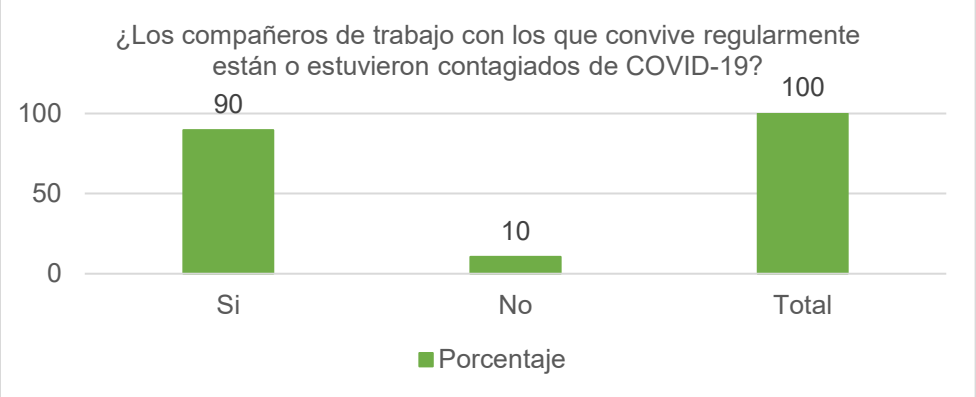
Tabla 46.

Frecuencia con que el personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, convivio con compañeros de trabajo que estuvieron contagiados de COVID-19.

¿Los compañeros de trabajo con los que convive regularmente están o estuvieron contagiados de COVID-19?	Frecuencia	Porcentaje
Si	60	90
No	7	10
Total	67	100

Figura 46.

Frecuencia con que el personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, de enfermería convivio con compañeros de trabajo que estuvieron contagiados de COVID-19.



Frecuencia con la que los profesionales de enfermería convivieron con compañeros de trabajo que estuvieron contagiados de COVID-19. Se observa que el 90% de los encuestados reportó que sus compañeros de trabajo estuvieron infectados en algún momento, mientras que solo el 10% indicó que no.

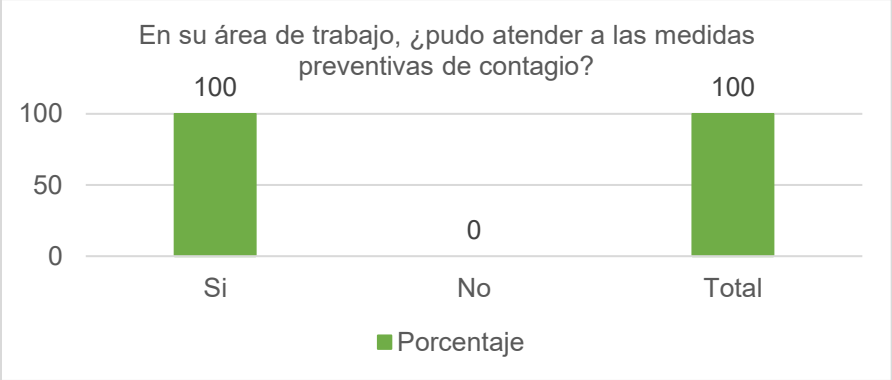
Tabla 47.

Frecuencia con la que el personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, pudo atender las medidas preventivas de contagio en su área de trabajo durante la pandemia por COVID-19.

En su área de trabajo, ¿pudo atender a las medidas preventivas de contagio?	Frecuencia	Porcentaje
Si	67	100
No	0	0
Total	67	100

Figura 47.

Frecuencia con la que el personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, pudo atender las medidas preventivas de contagio en su área de trabajo durante la pandemia por COVID-19.



El 100% del profesionales de enfermería reportó haber podido atender las medidas preventivas de contagio en su área de trabajo durante la pandemia por COVID-19.

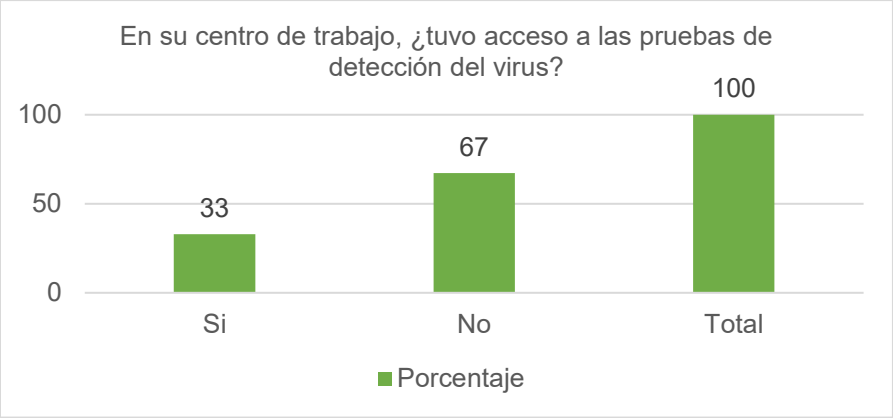
Tabla 48.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, sobre el acceso a pruebas de detección del virus su centro de trabajo.

En su centro de trabajo, ¿tuvo acceso a las pruebas de detección del virus?	Frecuencia	Porcentaje
Si	22	33
No	45	67
Total	67	100

Figura 48.

Distribución del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, sobre el acceso a pruebas de detección del virus su centro de trabajo.



Distribución de respuestas sobre el acceso a pruebas de detección del virus en el centro de trabajo de los profesionales de enfermería. Se observa que solo el 33% de los encuestados tuvo acceso a las pruebas de detección de COVID-19 en su lugar de trabajo, mientras que el 67% no lo tuvo.

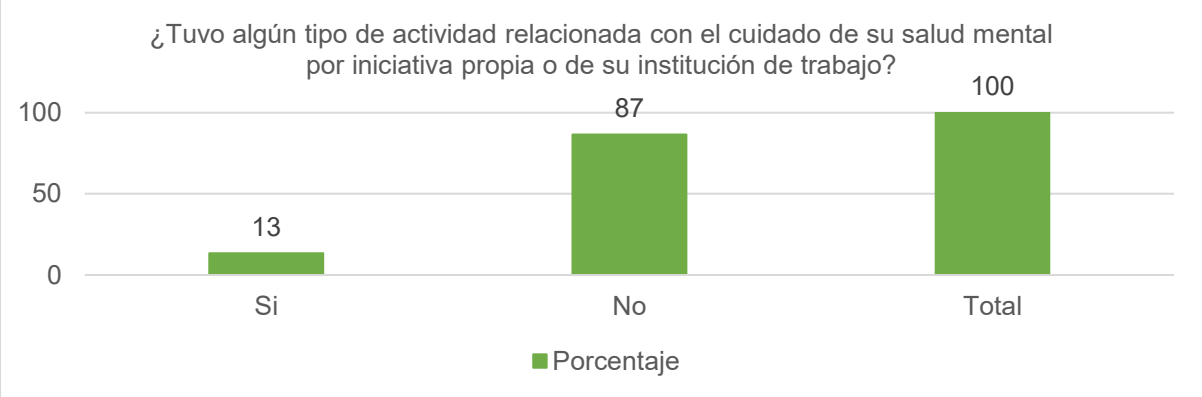
Tabla 49.

Frecuencia con la que el personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, participaron en actividades relacionadas con el cuidado de su salud mental.

¿Tuvo algún tipo de actividad relacionada con el cuidado de su salud mental por iniciativa propia o de su institución de trabajo?	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	13
No	58	87
Total	67	100

Figura 49.

Frecuencia con la que el personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, participaron en actividades relacionadas con el cuidado de su salud mental.



Frecuencia con la que los profesionales de enfermería participaron en actividades relacionadas con el cuidado de su salud mental durante la pandemia por COVID-19.

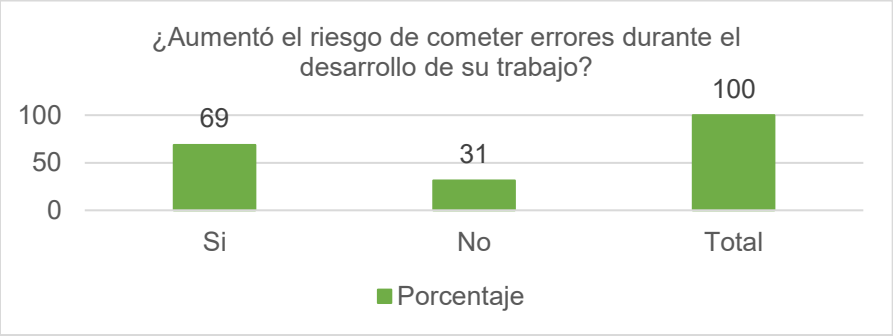
Tabla 50.

Percepción del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, sobre el aumento del riesgo de cometer errores en el desarrollo del trabajo durante la pandemia de COVID-19.

¿Aumentó el riesgo de cometer errores durante el desarrollo de su trabajo?	Frecuencia	Porcentaje
Si	46	69
No	21	31
Total	67	100

Figura 50.

Percepción del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, sobre el aumento del riesgo de cometer errores en el desarrollo del trabajo durante la pandemia de COVID-19.



Percepción de los profesionales de enfermería sobre el aumento del riesgo de cometer errores en el desarrollo del trabajo durante la pandemia de COVID-19. Se observa que el 69% de los encuestados consideró que el riesgo de cometer errores aumentó, mientras que el 31% indicó que no experimentó un incremento en dicho riesgo.

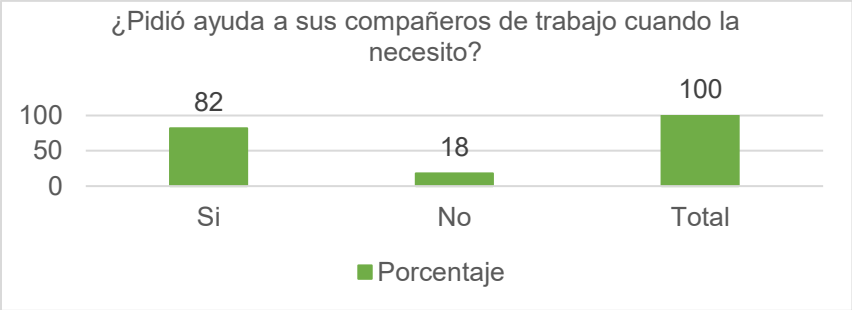
Tabla 51.

Frecuencia con la que el personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, solicitaron ayuda a sus compañeros de trabajo durante la pandemia de COVID-19.

¿Pidió ayuda a sus compañeros de trabajo cuando la necesito?	Frecuencia	Porcentaje
Si	55	82
No	12	18
Total	67	100

Figura 51.

Frecuencia con la que el personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, solicitaron ayuda a sus compañeros de trabajo durante la pandemia de COVID-19.



Frecuencia con la que los profesionales de enfermería solicitaron ayuda a sus compañeros de trabajo durante la pandemia de COVID-19. El 82% de los enfermeros pidió ayuda; lo que refleja una actitud positiva hacia el trabajo en equipo y el apoyo mutuo en un entorno de alta presión.

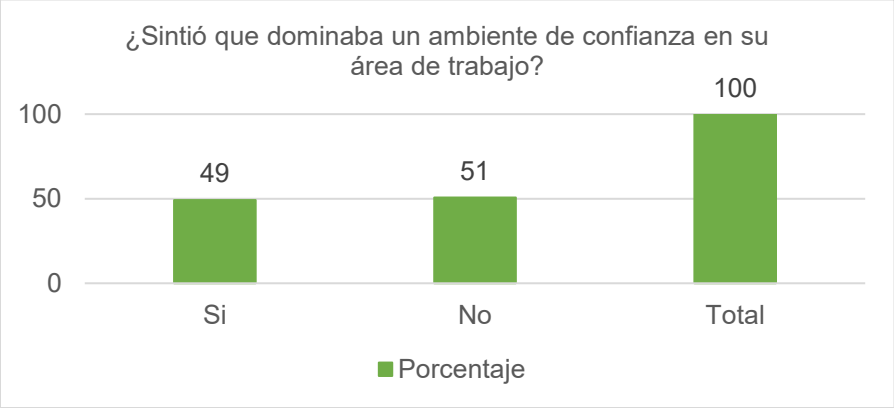
Tabla 52.

Percepción del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, sobre el ambiente de confianza en su área de trabajo.

¿Sintió que dominaba un ambiente de confianza en su área de trabajo?	Frecuencia	Porcentaje
Si	33	49
No	34	51
Total	67	100

Figura 52.

Percepción del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, sobre el ambiente de confianza en su área de trabajo.



Percepción de confianza en su ambiente de trabajo los profesionales enfermeros, los datos permiten ver que la percepción estuvo dividida prácticamente a la mitad entre quienes sintieron que si dominaba un ambiente de confianza en sus áreas de trabajo y quienes sintieron que fue al contrario y que no se sentían confiados.

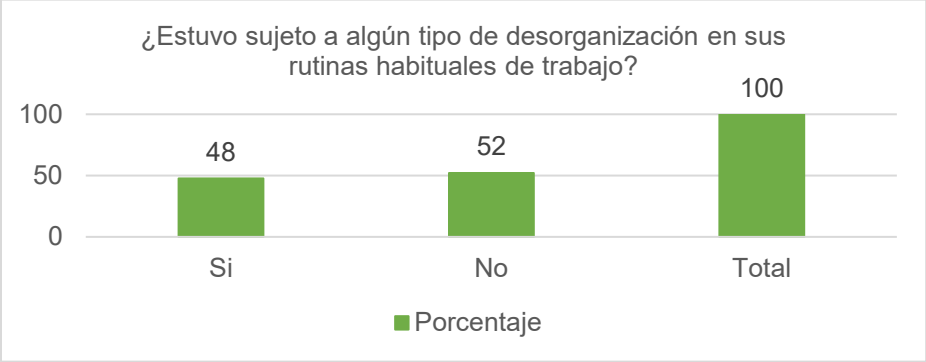
Tabla 53.

Percepción del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, sobre la desorganización en sus rutinas habituales de trabajo.

¿Estuvo sujeto a algún tipo de desorganización en sus rutinas habituales de trabajo?	Frecuencia	Porcentaje
Si	32	48
No	35	52
Total	67	100

Figura 53.

Percepción del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, sobre la desorganización en sus rutinas habituales de trabajo.



Percepción de los profesionales de enfermería sobre la desorganización en sus rutinas habituales de trabajo durante la pandemia de COVID-19. Se observa que el 48% de los encuestados experimentó algún tipo de desorganización en sus actividades laborales, mientras que el 52% no reportó alteraciones significativas.

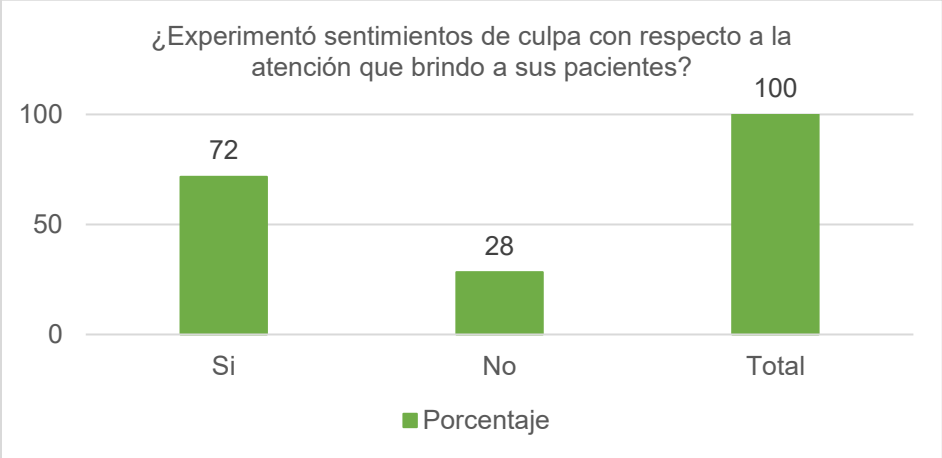
Tabla 54.

Presencia de sentimientos de culpa en el personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, con respecto a la atención brindada a sus pacientes.

¿Experimentó sentimientos de culpa con respecto a la atención que brindo a sus pacientes?	Frecuencia	Porcentaje
Si	48	72
No	19	28
Total	67	100

Figura 54.

Presencia de sentimientos de culpa en el personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022, con respecto a la atención brindada a sus pacientes.



Presencia de sentimientos de culpa en los profesionales de enfermería con respecto a la atención brindada a sus pacientes durante la pandemia de COVID-19. Se observa que el 72% de los encuestados experimentó sentimientos de culpa, mientras que el 28% no los reportó.

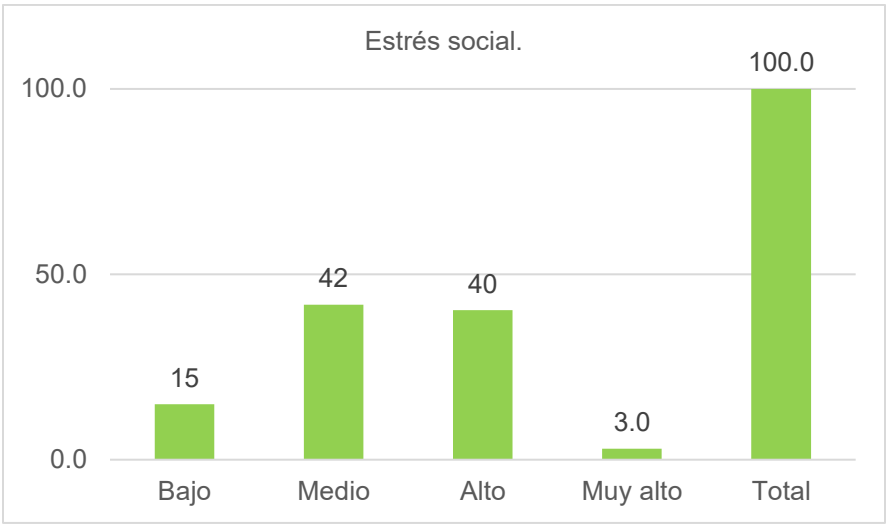
Tabla 55.

Distribución del estrés social del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.

Estrés social	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto	Total
Frecuencia	0	10	28	27	2	67
Porcentaje	0	15	42	40	3	100

Figura 55.

Distribución del estrés social del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.



Los datos indican que un 42% de los participantes reportaron un nivel medio de estrés, seguido de un 40% con nivel alto y un 15% con nivel bajo. Solo un 3% manifestó niveles muy altos de estrés, y no se registraron casos en la categoría de muy bajo estrés.

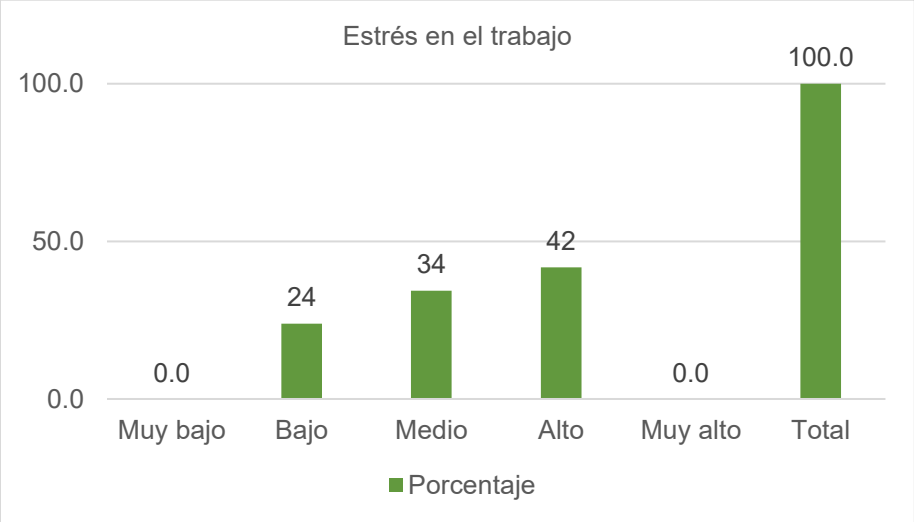
Tabla 56.

Distribución del estrés laboral en el personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.

Estrés Laboral	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto	Total
Frecuencia	0	16	23	28	0	67
Porcentaje	0	24	34	42	0	100

Figura 56.

Distribución del estrés laboral en el personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.



Los resultados indican que el 42% de los participantes experimentaron un nivel alto de estrés, el 34% un nivel medio y el 24% un nivel bajo. No se registraron casos en las categorías de muy bajo o muy alto estrés.

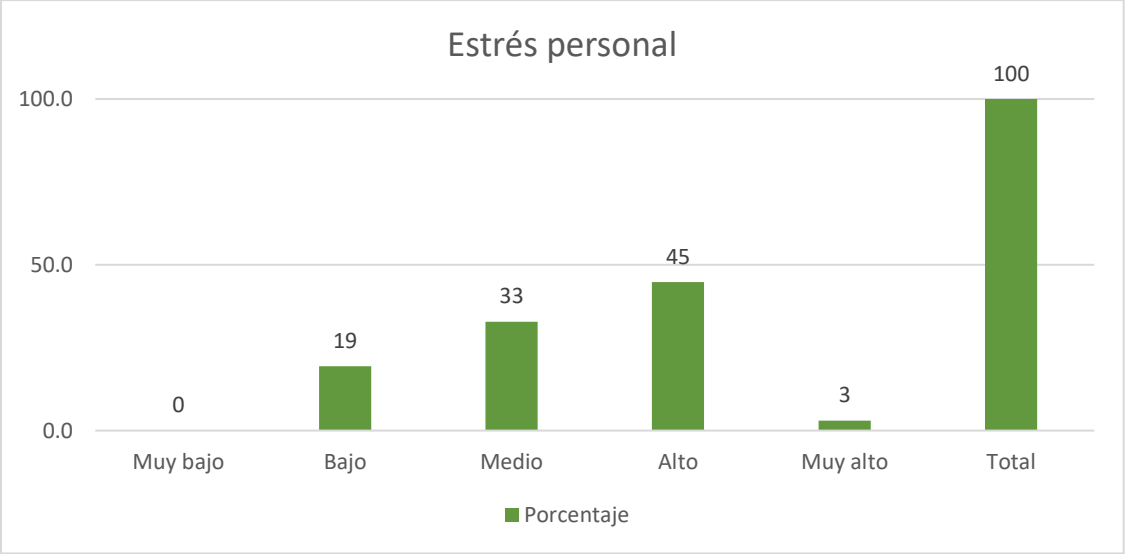
Tabla 57.

Distribución del estrés personal en el personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.

Estrés personal	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto	Total
Frecuencia	0	13	22	30	2	67
Porcentaje	0	19	33	45	3	100

Figura 57.

Distribución del estrés personal en el personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.



Los resultados indican que el 45% de los participantes experimentaron un nivel alto de estrés, el 33% un nivel medio, el 19% un nivel bajo y el 3% un nivel muy alto. No se registraron casos en la categoría de muy bajo estrés.

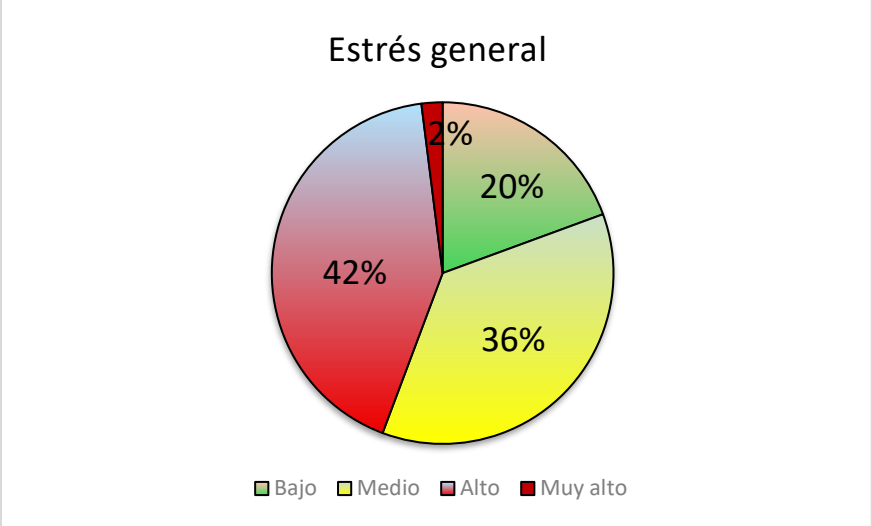
Tabla 58.

Distribución del estrés general en el personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.

Estrés general	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto	Total
Frecuencia	0	14	24	28	1	67
Porcentaje	0	20	36	42	2	100

Figura 58.

Distribución del estrés general en el personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.



Distribución porcentual de los niveles de estrés general de los profesionales de enfermería. Los resultados indican que el 42% de los participantes experimentaron un nivel alto de estrés, el 36% un nivel medio, el 20% un nivel bajo y el 2% un nivel muy alto.

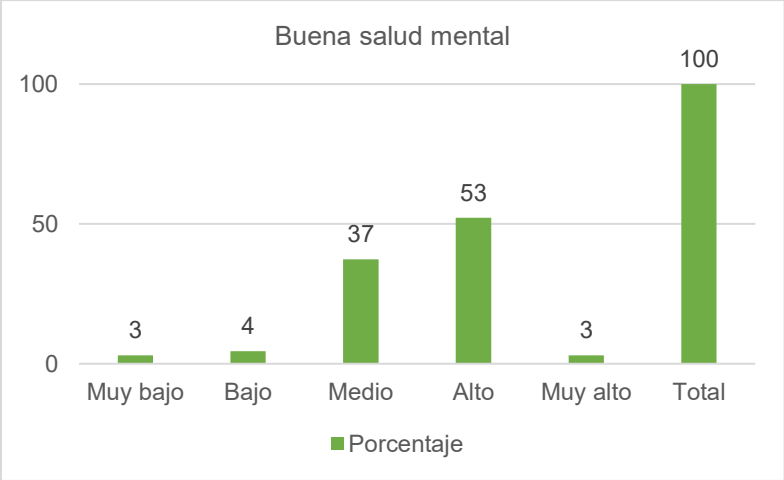
Tabla 59.

Distribución de la buena salud mental del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.

Buena salud mental	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto	Total
Frecuencia	2	3	25	34	2	67
Porcentaje	3	4	37	53	3	100

Figura 59.

Distribución de la buena salud mental del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.



Distribución porcentual de los niveles de buena salud mental de los profesionales de enfermería. Los resultados indican que el 53% de los participantes reportaron un nivel alto de salud mental, el 37% un nivel medio, el 4% un nivel bajo y el nivel muy bajo y muy alto con 3% respectivamente.

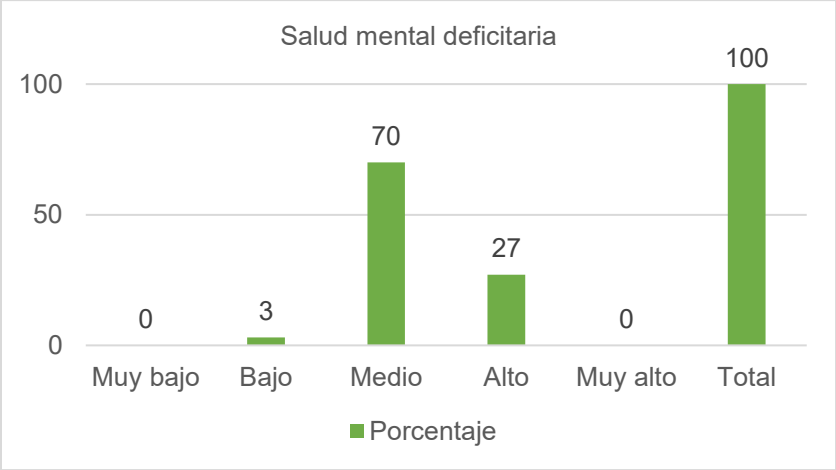
Tabla 60.

Distribución de la salud mental deficitaria del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.

Salud mental deficitaria	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto	Total
Frecuencia	0	2	47	18	0	67
Porcentaje	0	3	70	27	0	100

Figura 60.

Distribución de la salud mental deficitaria del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.



Distribución porcentual de los niveles de salud mental deficitaria de los profesionales de enfermería, los resultados indican que el 70% de los participantes presentan un nivel medio de salud mental deficitaria, mientras que el 27% se encuentran en un nivel alto y el 3% en un nivel bajo. No se registraron casos en las categorías de muy bajo o alto.

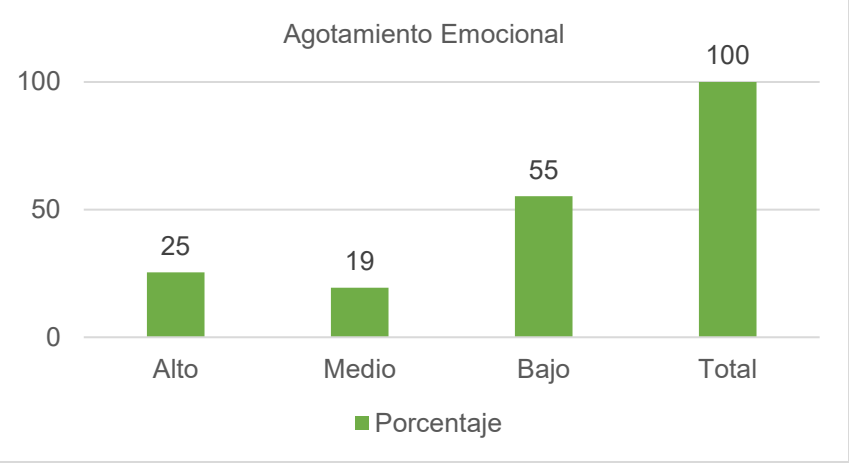
Tabla 61.

Distribución del agotamiento emocional del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.

Agotamiento emocional	Alto	Medio	Bajo	Total
Frecuencia	17	13	37	67
Porcentaje	25	19	55	100

Figura 61.

Distribución del agotamiento emocional del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.



Distribución porcentual de los niveles de agotamiento emocional de los profesionales de enfermería, los resultados indican que el 25% de los participantes experimentan un alto agotamiento emocional, el 19% un nivel medio y el 55% un nivel bajo.

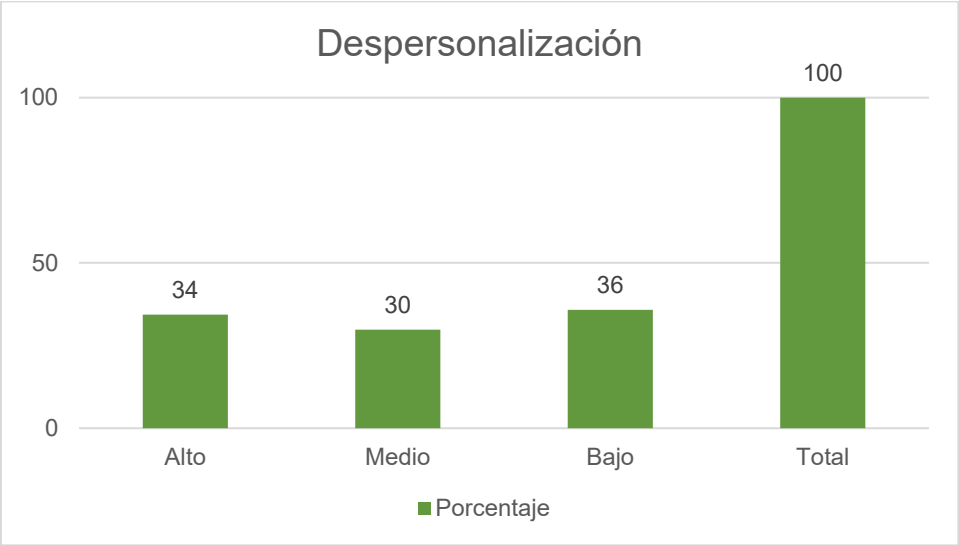
Tabla 62.

Distribución del grado de despersonalización del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.

Despersonalización	Alto	Medio	Bajo	Total
Frecuencia	23	20	24	67
Porcentaje	34	30	36	100

Figura 62.

Distribución del grado de despersonalización del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.



Distribución porcentual de los niveles de despersonalización de los profesionales de enfermería, los resultados indican que el 34% de los participantes presentan un nivel alto de despersonalización, el 30% un nivel medio y el 36% un nivel bajo.

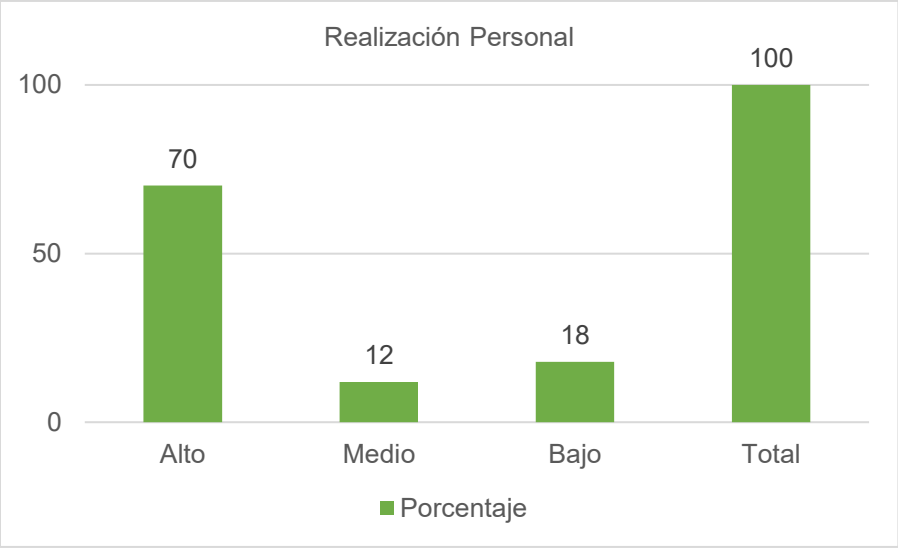
Tabla 63.

Distribución del grado de realización personal del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.

Realización personal	Alto	Medio	Bajo	Total
Frecuencia	47	8	12	67
Porcentaje	70	12	18	100

Figura 63.

Distribución del grado de realización personal del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.



Distribución porcentual de los niveles de realización personal de los profesionales de enfermería. Los resultados indican que el 70% de los participantes reportan un alto nivel de realización personal, el 12% un nivel medio y el 18% un nivel bajo.

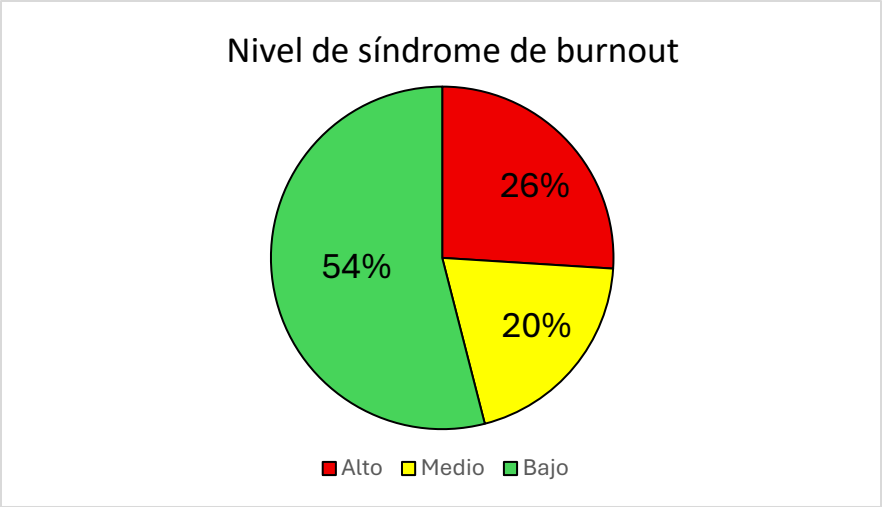
Tabla 64.

Nivel de síndrome de burnout del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.

Nivel de síndrome de burnout	Alto	Medio	Bajo	Total
Frecuencia	17	13	37	67
Porcentaje	26	20	54	100

Figura 64.

Nivel de síndrome de burnout del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.



Distribución del nivel general de síndrome de burnout. Se muestra que un 26% de los participantes presenta un nivel alto de burnout, 20 % reportó un nivel medio y el 54 %.

Tabla 65.

Correlaciones de variables sociodemográficas del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.

	Estrés Social	Estrés Laboral	Estrés Personal	Buena Salud Mental	Pobre Salud Mental	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Realización Personal
Estrés Social	1							
Estrés Laboral	.805**	1						
Estrés Personal	.743**	.798**	1					
Buena Salud Mental	-.700**	-.547**	-.666**	1				
Pobre Salud Mental	.815**	.733**	.699**	-.583**	1			
Agotamiento Emocional	.247*	.213	.172	-.120	.265*	1		
Despersonalización	.185	.260*	.137	-.046	.207	.166	1	
Realización Personal	-.073	-.163	-.328**	.229	-.214	-.132	-.217	1

Notas: r = coeficiente de correlación de Pearson. p < 0.01 → **, p < 0.05 → *.

Nota. La figura 65, muestran que el estrés (social, laboral y personal) se encuentra fuertemente asociado con un deterioro de la salud mental, tanto por la disminución de indicadores positivos como por el aumento de los negativos. Además, existen vínculos débiles pero significativos con las dimensiones de burnout, lo cual sugiere que el estrés crónico podría ser un factor de riesgo para el agotamiento emocional, la despersonalización y la reducción de la realización personal. Fuente: elaboración propia.

Tabla 65.

Tabla cruzada dimensiones vs género del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.

Estrés social	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Femenino	2	31	50	17	0	100	0.732	0.784
Masculino	0	26	63	11	0	100		
Estrés laboral	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Femenino	4	44	25	27	0	100	0.413	0.470
Masculino	0	42	42	16	0	100		
Estrés personal	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Femenino	2	56	17	25	0	100	0.009	0.009
Masculino	0	32	58	10	0	100		
Buena salud mental	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Femenino	4	51	35	8	2	100	0.156	0.102
Masculino	11	21	63	5	0	100		
Pobre salud mental	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Femenino	0	38	60	2	0	100	0.266	0.223
Masculino	0	42	47	11	0	100		
Agotamiento emocional		Alto	Medio	Bajo		Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Femenino		23	15	62		100	0.132	0.120
Masculino		32	32	36		100		
Despersonalización		Alto	Medio	Bajo		Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Femenino		29	33	38		100	0.344	0.366
Masculino		47	21	32		100		
Realización personal		Alto	Medio	Bajo		Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Femenino		67	14	19		100	0.509	0.584
Masculino		79	5	16		100		

La distribución por género mostró que, en estrés social y laboral, predominó el nivel medio en ambos géneros, sin diferencias significativas. En estrés personal, las mujeres tuvieron mayor proporción

en nivel alto y los hombres en nivel medio (p = .009). En salud mental, buena y pobre se concentraron en niveles medio y alto sin asociación significativa. En burnout, el agotamiento emocional fue bajo en mujeres y medio/alto en hombres; la despersonalización predominó en hombres, y la realización personal fue alta en ambos géneros, sin diferencias significativas.

Tabla 66.

Tabla cruzada variables vs estado civil del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.

Estrés social	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Casado	0	44	44	12	0	100	0.660	0.594
Separado	0	33.3	33.3	33.3	0	100		
Soltero	0	23	60	17	0	100		
Unión libre	6	25	56	13	0	100		
Estrés laboral	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Casado	0	72	11	17	0	100	0.117	0.073
Separado	0	33.3	33.3	33.3	0	100		
Soltero	7	30	30	33	0	100		
Unión libre	0	38	50	12	0	100		
Estrés personal	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Casado	0	44	44	12	0	100	0.07	0.027
Separado	0	0	67	33	0	100		
Soltero	0	43	27	30	0	100		
Unión libre	6	75	6	13	0	100		
Buena salud mental	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Casado	0	39	55	6	0	100	0.073	0.015
Separado	0	66	0	34	0	100		
Soltero	10	57	27	6	0	100		
Unión libre	6	13	69	6	6	100		
Pobre salud mental	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Casado	0	56	44	0	0	100	0.241	0.198
Separado	0	0	100	0	0	100		

Soltero	0	27	66	7	0	100		
Unión libre	0	50	44	6	0	100		
Agotamiento emocional		Alto	Medio	Bajo		Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Casado		44	6	50		100	0.026	0.018
Separado		0	0	100		100		
Soltero		10	23	67		100		
Unión libre		38	31	31		100		
Despersonalización		Alto	Medio	Bajo		Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Casado		56	11	33		100	0.009	0.010
Separado		0	66	34		100		
Soltero		33	20	47		100		
Unión libre		19	62	19		100		
Realización personal		Alto	Medio	Bajo		Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Casado		66	17	17		100	0.034	0.073
Separado		34	66	0		100		
Soltero		70	3	27		100		
Unión libre		81	13	6		100		

La distribución de los resultados según estado civil mostró que, en el estrés social, los niveles predominantes fueron medio y alto en todos los grupos, sin asociación significativa ($p > .05$). En el estrés laboral, la mayor proporción se observó en el nivel alto en casados (72%) y en separados (33.3%), y en el nivel medio en unión libre (50%), sin diferencias significativas ($p > .05$). En el estrés personal se identificó una diferencia estadísticamente significativa ($p = .027$), con predominio del nivel alto en quienes viven en unión libre (75%) y en solteros (43%), mientras que los separados se concentraron en el nivel medio (67%).

Respecto a la salud mental, en la categoría de buena salud mental se observó una diferencia significativa ($p = .015$), con predominio del nivel alto en solteros (57%) y separados (66%), y del nivel medio en unión libre (69%) y casados (55%). En la salud mental pobre, la distribución se concentró en los niveles alto y medio en todos los grupos, sin asociación significativa ($p > .05$).

En las dimensiones de burnout, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en agotamiento emocional (p = .018), con mayor proporción en el nivel alto en casados (44%) y en unión libre (38%), mientras que en solteros (67%) y separados (100%) predominó el nivel bajo. En la despersonalización también hubo asociación significativa (p = .010), con mayor frecuencia en el nivel alto en casados (56%) y solteros (33%), en tanto que en unión libre y separados predominó el nivel medio (62% y 66% respectivamente). Finalmente, en la realización personal destacó el predominio del nivel alto en todos los grupos, con porcentajes más elevados en unión libre (81%) y solteros (70%), aunque sin significancia estadística (p > .05).

Tabla 67.

Tabla cruzada dimensiones vs nivel académico del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.

Estrés social	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Carrera técnica	0	57	43	0	0	100	0.132	0.090
Especialidad	0	17	33	50	0	100		
Licenciatura	0	28	66	6	0	100		
Maestría	7	20	53	20	0	100		
Postécnico	0	42	29	29	0	100		
Estrés laboral	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Carrera técnica	0	72	14	14	0	100	0.561	0.526
Especialidad	0	50	0	50	0	100		
Licenciatura	3	38	40	19	0	100		
Maestría	7	40	33	20	0	100		
Postécnico	0	43	14	43	0	100		
Estrés personal	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Carrera técnica	0	57	43	0	0	100	0.270	0.187
Especialidad	0	33	17	50	0	100		
Licenciatura	0	56	28	16	0	100		
Maestría	7	33	40	20	0	100		
Postécnico	0	58	0	42	0	100		

Buena salud mental	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Carrera técnica	0	14	43	43	0	100	0.124	0.225
Especialidad	17	50	33	0	0	100		
Licenciatura	3	47	44	6	0	100		
Maestría	7	46	40	0	7	100		
Postécnico	14	29	57	0	0	100		
Pobre salud mental	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Carrera técnica	0	57	43	0	0	100	0.322	0.200
Especialidad	0	33	50	17	0	100		
Licenciatura	0	31	69	0	0	100		
Maestría	0	40	53	7	0	100		
Postécnico	0	57	29	14	0	100		
Agotamiento emocional		Alto	Medio	Bajo		Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Carrera técnica		28	0	72		100	0.026	0.037
Especialidad		33	0	66		100		
Licenciatura		13	34	53		100		
Maestría		27	13	60		100		
Postécnico		71	0	29		100		
Despersonalización		Alto	Medio	Bajo		Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Carrera técnica		44	28	28		100	0746	0.724
Especialidad		0	50	50		100		
Licenciatura		41	28	31		100		
Maestría		27	27	46		100		
Postécnico		42	29	29		100		
Realización personal		Alto	Medio	Bajo		Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Carrera técnica		28	44	28		100	0.011	0.016
Especialidad		100	0	0		100		
Licenciatura		75	3	22		100		
Maestría		80	7	13		100		
Postécnico		43	43	14		100		

La distribución de los resultados por nivel académico mostró que, en el estrés social, laboral y personal, los niveles predominantes fueron alto y medio en todos los grupos, sin encontrarse asociaciones

estadísticamente significativas (p > .05). Respecto a la salud mental, en la categoría de buena salud mental se observó una mayor proporción en el nivel alto en especialidad (50%), licenciatura (47%) y maestría (46%), mientras que en la salud mental pobre los niveles alto y medio fueron los más frecuentes en todos los grados académicos, sin significancia estadística (p > .05).

En las dimensiones de burnout, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el agotamiento emocional (p = .037), con predominio del nivel bajo en carrera técnica (72%), especialidad (66%) y maestría (60%), mientras que en postécnico sobresalió el nivel alto (71%). En la despersonalización, la distribución se concentró principalmente en los niveles alto y medio en todos los grados, sin asociación significativa (p > .05). Finalmente, en la realización personal se identificó una diferencia significativa (p = .016), con predominio del nivel alto en especialidad (100%), maestría (80%) y licenciatura (75%), mientras que en carrera técnica y postécnico se observó una mayor proporción en niveles medio y alto.

Tabla 68.

Tabla cruzada dimensiones vs turno del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.

Estrés social	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Guardia especial	6	36	29	29	0	100	0.168	0.098
Matutino	0	19	68	13	0	100		
Nocturno A	0	60	30	10	0	100		
Nocturno B	0	20	80	0	0	100		
Nocturno C	0	29	42	29	0	100		
Vespertino	0	14	86	0	0	100		
Estrés laboral	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Guardia especial	6	47	11	36	0	100	0.280	0.206
Matutino	0	19	50	31	0	100		
Nocturno A	0	60	20	20	0	100		

Nocturno B	0	50	40	10	0	100		
Nocturno C	0	57	14	29	0	100		
Vespertino	14	43	43	0	0	100		
Estrés personal	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Guardia especial	6	29	29	36	0	100	0.353	0.217
Matutino	0	44	37	19	0	100		
Nocturno A	0	40	40	20	0	100		
Nocturno B	0	90	0	10	0	100		
Nocturno C	0	42	29	29	0	100		
Vespertino	0	71	29	0	0	100		
Buena salud mental	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Guardia especial	17	29	24	24	6	100	0.254	0.378
Matutino	0	56	38	6	0	100		
Nocturno A	10	40	50	0	0	100		
Nocturno B	0	40	60	0	0	100		
Nocturno C	0	58	42	0	0	100		
Vespertino	0	29	71	0	0	100		
Pobre salud mental	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Guardia especial	0	41	41	18	0	100	0.163	0.308
Matutino	0	19	81	0	0	100		
Nocturno A	0	50	50	0	0	100		
Nocturno B	0	40	60	0	0	100		
Nocturno C	0	42	58	0	0	100		
Vespertino	0	58	42	0	0	100		
Agotamiento emocional		Alto	Medio	Bajo		Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Guardia especial		35	12	53		100	0.228	0.127
Matutino		0	25	75		100		
Nocturno A		30	30	40		100		
Nocturno B		20	30	50		100		
Nocturno C		58	0	42		100		
Vespertino		29	13	58		100		
Despersonalización		Alto	Medio	Bajo		Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Guardia especial		24	35	41		100	0.278	0.309
Matutino		62	19	19		100		
Nocturno A		40	50	40		100		

Nocturno B	10	50	40	100		
Nocturno C	14	29	57	100		
Vespertino	42	29	29	100		
Realización personal	Alto	Medio	Bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Guardia especial	58	18	24	100	0.450	0.468
Matutino	56	6	38	100		
Nocturno A	80	10	10	100		
Nocturno B	90	10	0	100		
Nocturno C	86	14	0	100		
Vespertino	72	14	14	100		

La distribución de los resultados por turno mostró que, en el estrés social, laboral y personal, los niveles predominantes fueron alto y medio en todos los grupos, con ligeras variaciones: en el turno vespertino y nocturno B se concentraron en el nivel alto (71% y 90% respectivamente), mientras que en el matutino y nocturno B predominó el nivel medio (68% y 80% respectivamente). Ninguna de estas asociaciones resultó significativa ($p > .05$).

Respecto a la salud mental, en la categoría de buena salud mental se observaron mayores proporciones en el nivel alto en los turnos matutino (56%) y nocturno C (58%), mientras que en el vespertino predominó el nivel medio (71%). En la salud mental pobre, los niveles alto y medio fueron los más frecuentes en todos los turnos, sin diferencias significativas ($p > .05$).

En las dimensiones de burnout, el agotamiento emocional se presentó principalmente en el nivel bajo en el turno matutino (75%), nocturno B (50%) y vespertino (58%), mientras que en el nocturno C predominó el nivel alto (58%). En la despersonalización, el nivel alto destacó en el turno matutino (62%), mientras que en los turnos nocturnos A y B se concentró en los niveles medio y bajo. Finalmente, en la realización personal, predominó el nivel alto en todos los turnos, con porcentajes más elevados en

nocturno B (90%), nocturno C (86%) y nocturno A (80%). Ninguna de estas dimensiones presentó asociaciones estadísticamente significativas (p > .05).

Tabla 69.

Tabla cruzada dimensiones vs tipo de contrato del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.

Estrés social	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Base	0	47	47	6	0	100	0.048	0.034
Formalizado	5	15	70	10	0	100		
Seguro popular	0	18	55	27	0	100		
Suplencia	0	17	33	50	0	100		
Estrés laboral	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Base	6	53	28	13	0	100	0.381	0.383
Formalizado	0	35	40	25	0	100		
Seguro popular	0	45	18	37	0	100		
Suplencia	0	17	33	50	0	100		
Estrés personal	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Base	0	43	43	14	0	100	0.190	0.122
Formalizado	5	65	10	20	0	100		
Seguro popular	0	46	27	27	0	100		
Suplencia	0	33	17	50	0	100		
Buena salud mental	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Base	4	43	43	10	0	100	0.782	0.839
Formalizado	5	35	50	5	5	100		
Seguro popular	18	46	27	9	0	100		
Suplencia	0	50	50	0	0	100		
Pobre salud mental	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Base	0	50	50	0	0	100	0.150	0.198
Formalizado	0	35	60	5	0	100		
Seguro popular	0	27	55	18	0	100		
Suplencia	0	17	83	0	0	100		

Agotamiento emocional	Alto	Medio	Bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Base	37	6	57	100	0.092	0.125
Formalizado	15	30	55	100		
Seguro popular	27	27	46	100		
Suplencia	0	33	67	100		
Despersonalización	Alto	Medio	Bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Base	63	7	30	100	0.000	0.000
Formalizado	5	45	50	100		
Seguro popular	18	37	45	100		
Suplencia	17	83	0	100		
Realización personal	Alto	Medio	Bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Base	53	20	27	100	0.084	0.092
Formalizado	90	5	5	100		
Seguro popular	64	9	27	100		
Suplencia	100	0	0	100		

La distribución de los resultados por tipo de contrato mostró que, en el estrés social, laboral y personal, los niveles predominantes fueron medio y alto en todos los grupos, con algunas variaciones: en contratos formalizados se observó mayor proporción en el nivel alto de estrés personal (65%), mientras que en suplencia predominó el nivel bajo en estrés social y personal (50%). En el estrés social, la asociación entre tipo de contrato y nivel de estrés fue significativa ($p = .034$), aunque las demás dimensiones de estrés no mostraron diferencias significativas ($p > .05$).

Respecto a la salud mental, tanto buena como pobre, los niveles alto y medio fueron los más frecuentes en todos los tipos de contrato, sin asociaciones significativas ($p > .05$). En las dimensiones de burnout, se identificó una diferencia estadísticamente significativa en despersonalización ($p = .000$), destacando en contratos base un mayor porcentaje en nivel alto (63%), mientras que en suplencia predominó el nivel medio (83%). En agotamiento emocional y realización personal, los niveles

predominantes fueron bajo y alto, respectivamente, sin diferencias significativas entre tipos de contrato ($p > .05$).

Tabla 70.

Tabla cruzada dimensiones vs servicio del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.

Estrés social	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
UCIA	0	36	43	21	0	100	0.095	0.032
UCIN	0	7	64	29	0	100		
Urgencias	0	26	74	0	0	100		
UTIP	5	45	35	15	0	100		
Estrés laboral	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
UCIA	8	36	28	28	0	100	0.104	0.024
UCIN	0	36	36	28	0	100		
Urgencias	6	47	47	0	0	100		
UTIP	0	50	10	40	0	100		
Estrés personal	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
UCIA	0	50	29	21	0	100	0.033	0.008
UCIN	0	29	42	29	0	100		
Urgencias	0	84	16	0	0	100		
UTIP	5	30	30	35	0	100		
Buena salud mental	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
UCIA	8	42	50	0	0	100	0.078	0.015
UCIN	14	64	14	8	0	100		
Urgencias	0	16	74	10	0	100		
UTIP	5	50	30	10	5	100		
Pobre salud mental	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher

UCIA	0	42	50	8	0	100	0.041	0.027
UCIN	0	14	72	14	0	100		
Urgencias	0	63	37	0	0	100		
UTIP	0	30	70	0	0	100		
Agotamiento emocional		Alto	Medio	Bajo		Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
UCIA		8	28	64		100	0.259	0.241
UCIN		36	8	56		100		
Urgencias		37	26	37		100		
UTIP		20	15	65		100		
Despersonalización		Alto	Medio	Bajo		Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
UCIA		50	29	21		100	0.072	0.067
UCIN		14	36	50		100		
Urgencias		21	47	32		100		
UTIP		50	10	40		100		
Realización personal	Alto		Medio	Bajo		Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
UCIA		64	15	21		100	0.861	0.839
UCIN		64	15	21		100		
Urgencias		84	5	11		100		
UTIP		65	15	20		100		

La distribución de los resultados por área de trabajo mostró que, en el estrés social, laboral y personal, los niveles predominantes fueron medio y alto en la mayoría de los grupos, con algunas variaciones: en UCIN y urgencias predominó el nivel medio en estrés social (64% y 74%, respectivamente), mientras que en UCIA y UTIP se observó mayor proporción en nivel alto (36% y 45%). Se identificaron diferencias significativas en estrés social ($p = .032$), estrés laboral ($p = .024$) y estrés personal ($p = .008$), indicando variaciones entre áreas en estos dominios.

En la salud mental, la categoría de buena salud mental mostró diferencias significativas ($p = .015$), destacando niveles alto y medio según área (UCIN 64% alto; UCIA 50% medio), mientras que en la salud

mental pobre también se observó significancia (p = .027), con predominio de niveles medio en UCIA (50%) y UTIP (70%).

Respecto a las dimensiones de burnout, los niveles predominantes fueron bajo y medio en agotamiento emocional y medio y alto en despersonalización, sin diferencias significativas entre áreas (p > .05). En realización personal, la mayoría de los grupos mostró predominio del nivel alto (64–84%), sin asociación significativa (p > .05).

Tabla 71.

Tabla cruzada dimensiones vs antigüedad del personal de enfermería de áreas críticas de un Hospital de Segundo Nivel, durante la pandemia por COVID-19, México 2022.

Estrés social	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
0-6 meses	0	25	75	0	0	100	0.020	0.006
7-12 meses	0	13	74	13	0	100		
13-18 meses	0	18	55	27	0	100		
19-24 meses	5	62	28	5	0	100		
25 meses o más	0	8	59	33	0	100		
Estrés laboral	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
0-6 meses	0	25	50	25	0	100	0.295	0.256
7-12 meses	0	54	33	13	0	100		
13-18 meses	10	27	36	27	0	100		
19-24 meses	5	62	19	14	0	100		
25 meses o más	0	25	25	50	0	100		
Estrés personal	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
0-6 meses	0	38	50	12	0	100	0.294	0.268
7-12 meses	0	47	40	13	0	100		
13-18 meses	0	55	18	27	0	100		
19-24 meses	6	57	28	9	0	100		
25 meses o más	0	42	8	50	0	100		
Buena salud mental	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher

0-6 meses	0	38	38	12	0	100	0.775	0.686
7-12 meses	0	33	53	7	0	100		
13-18 meses	0	45	45	0	0	100		
19-24 meses	5	33	48	14	0	100		
25 meses o más	0	67	25	0	0	100		
Pobre salud mental	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
0-6 meses	0	12	88	0	0	100	0.145	0.070
7-12 meses	0	60	33	7	0	100		
13-18 meses	0	18	72	10	0	100		
19-24 meses	0	52	48	0	0	100		
25 meses o más	0	25	67	8	0	100		
Agotamiento emocional		Alto	Medio	Bajo		Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
0-6 meses		12	38	50		100	0.034	0.037
7-12 meses		47	20	33		100		
13-18 meses		18	46	36		100		
19-24 meses		24	9	67		100		
25 meses o más		17	0	83		100		
Despersonalización		Alto	Medio	Bajo		Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
0-6 meses		38	12	50		100	0.001	0.002
7-12 meses		33	13	54		100		
13-18 meses		9	82	9		100		
19-24 meses		57	24	19		100		
25 meses o más		17	25	58		100		
Realización personal		Alto	Medio	Bajo		Total	Chi-cuadrado de Pearson	Prueba exacta de Fisher
0-6 meses		63	12	25		100	0.301	0.300
7-12 meses		80	0	20		100		
13-18 meses		91	0	9		100		
19-24 meses		52	24	24		100		
25 meses o más		75	17	8		100		

La distribución de los resultados por antigüedad en el servicio mostró que, en el estrés social, laboral y personal, los niveles predominantes fueron medio y alto en la mayoría de los grupos, con algunas variaciones: en el grupo de 0–6 meses predominó el nivel medio en estrés social (75%) y laboral (50%),

mientras que en 19–24 meses se observó mayor proporción en nivel alto (62% en estrés social y laboral). Se identificaron asociaciones significativas en estrés social ($p = .006$).

En la salud mental, tanto buena como pobre, los niveles alto y medio fueron los más frecuentes en todos los rangos de antigüedad, sin diferencias significativas ($p > .05$). Respecto a las dimensiones de burnout, se observaron diferencias significativas en agotamiento emocional ($p = .037$) y despersonalización ($p = .002$). El agotamiento emocional predominó en nivel bajo en los grupos con mayor antigüedad (25 meses o más, 83%) y en 19–24 meses (67%), mientras que en los grupos más recientes hubo mayor proporción en niveles alto y medio. En despersonalización, los niveles alto y medio variaron según antigüedad, destacando el nivel alto en 19–24 meses (57%) y el nivel medio en 13–18 meses (82%). Finalmente, en realización personal, la mayoría de los grupos presentó predominio del nivel alto (52–91%), sin asociación significativa ($p > .05$). Fuente: elaboración propia.

8. DISCUSIÓN

La presente investigación abordó el nivel de Estrés, Salud Mental y Síndrome de Burnout en Enfermería de Áreas Críticas, Durante la Pandemia por COVID-19, un contexto caracterizado por condiciones extraordinarias de presión asistencial, exposición constante al riesgo de contagio y exigencias emocionales significativas. Los resultados obtenidos ofrecen un panorama sobre las condiciones sociodemográficas, laborales y emocionales que enfrentaron los profesionales de enfermería en un hospital de segundo nivel en México durante el año 2022.

Los datos sociodemográficos y contextuales obtenidos del personal de enfermería que labora en áreas críticas muestran un perfil predominante de profesionales jóvenes con una mayoría en el rango de 30 a 39 años (48%) y 20 a 29 años (31%). Esta tendencia concuerda con estudios previos que señalan que la fuerza laboral de enfermería en México tiende a estar compuesta principalmente por profesionales jóvenes como muestran (Quintana et al. 2016), en su estudio donde 61.8% es personal menor de 35 años, lo que puede ser un factor protector en términos de adaptación al estrés laboral aunque también representa una población con menor experiencia clínica acumulada; característica que puede generar vulnerabilidad en contextos de alta presión como la pandemia. En otro estudio indican que la edad influye en la calidad de vida de este personal donde enfermeros mayores de 40 años y con más experiencia reportaron una mejor calidad de vida posiblemente debido a una mayor resiliencia y habilidades de afrontamiento desarrolladas a lo largo de su carrera (Maqsood et al., 2024).

Respecto al género; la mayoría de los participantes son mujeres (72%) lo que refleja la composición históricamente feminizada de la profesión de enfermería en Latinoamérica (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2025). Es un dato importante ya que en un estudio realizado por Lai et al. (2020), encontraron que el personal de enfermería especialmente las mujeres tienen mayor riesgo de desarrollar insomnio, ansiedad y depresión. Los resultados de este estudio indican que no existen

diferencias estadísticamente significativas entre los sexos en la mayoría de las variables evaluadas a excepción del estrés personal, en el que las mujeres reportaron porcentajes significativamente más altos en niveles altos de estrés.

Este hallazgo concuerda con estudios previos que han evidenciado una mayor afectación emocional en mujeres profesionales de la salud durante situaciones de crisis debido en parte a la sobrecarga de roles, especialmente cuando deben equilibrar las exigencias laborales con responsabilidades familiares y del hogar (Martínez et al., 2020). Durante la pandemia este fenómeno se acentuó incrementando el nivel de tensión psicológica en el personal femenino, lo que puede explicar los niveles más altos de estrés personal observados.

Por otro lado, tanto el estrés social como el laboral presentaron una distribución similar en ambos sexos con concentraciones elevadas en los niveles medio y alto sin diferencias estadísticamente significativas. Este patrón sugiere que las condiciones adversas en el entorno hospitalario tales como la sobrecarga de trabajo, el riesgo de contagio, la falta de insumos y la incertidumbre constante impactaron de manera generalizada a todo el personal independientemente del sexo; esto concuerda con lo reportado por Zhang et al. (2020). Estos resultados evidencian y refuerzan la idea de la necesidad de intervenciones organizacionales que aborden el estrés laboral y social como problemas estructurales más que individuales.

En relación con la salud mental; los resultados muestran que tanto hombres como las mujeres presentan niveles predominantemente medios de buena salud mental, así como niveles medios y altos en la dimensión de salud mental pobre sin diferencias significativas entre ellos. Esta tendencia coincide con hallazgos de estudios realizados durante la emergencia sanitaria mismos que documentan un deterioro generalizado del bienestar psicológico entre el personal de enfermería atribuido a la elevada presión emocional, las jornadas extenuantes y la exposición prolongada a situaciones críticas (Martínez-

Arriaga et al., 2021; Urzúa et al., 2020), dichos factores afectan de manera transversal al personal de la salud sin importar el género y reflejan por otra parte la vulnerabilidad del personal que opera en contextos de alta demanda como las áreas críticas hospitalarias.

En cuanto al síndrome de burnout, compuesto por agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, tampoco se observaron diferencias significativas entre sexos. Sin embargo, se identificaron algunas tendencias que son importantes de mencionar. Las mujeres mostraron mayor proporción de niveles bajos de agotamiento emocional mientras que los hombres se distribuyeron más en los niveles medio y alto, así mismo la despersonalización fue más frecuente en hombres. Aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas, podrían indicar diferencias en los mecanismos de afrontamiento o en la expresión emocional entre ambos sexos, lo que ha sido señalado en la literatura como un factor que puede influir en el desarrollo y manifestación del burnout (Ramírez et al., 2019).

Finalmente, la realización personal mostró niveles altos en ambos grupos lo cual podría estar relacionado con la percepción de haber cumplido un rol social valioso durante la crisis sanitaria. La realización personal ha sido descrita como un factor protector ante el burnout por Maslach y Leiter (2016), por lo que su prevalencia en niveles altos podría haber atenuado en gran medida el impacto del agotamiento emocional y la despersonalización en la muestra estudiada. Estos hallazgos en conjunto destacan la importancia de implementar estrategias preventivas y de apoyo psicológico en el personal de enfermería, especialmente en contextos de crisis como el que se vivió en años pasados. Aunque pareciera que el sexo no es un factor diferenciador fuerte en la mayoría de las dimensiones analizadas, sí se encontraron algunos datos importantes que deberían considerarse al diseñar intervenciones con enfoque de género.

De acuerdo con los datos obtenidos en el presente estudio se evidencian diferencias estadísticamente significativas en algunas dimensiones del estrés, la salud mental y el síndrome de

burnout en relación con el estado civil de quienes participaron en la investigación. En primer lugar; se observó una diferencia significativa en el estrés personal (p = .027), donde los participantes en unión libre reportaron niveles considerablemente más altos de estrés con un 81 % en las categorías de alto y muy alto. Esta situación podría reflejar una mayor inestabilidad emocional o económica asociada a relaciones no formalizadas, dato que ha sido documentado como un factor de riesgo en contextos de alta presión por De la Fuente et al. (2019). Por el contrario, tanto el personal casado como el separado presenta niveles más moderados, lo que sugiere que ciertas formas de apoyo familiar podrían actuar como factores protectores ante el estrés personal.

Así mismo se detectaron diferencias significativas en la dimensión de buena salud mental (p= 0.015). En esta dimensión las personas casadas y solteras presentaron mayores niveles de buena salud mental en comparación con los participantes en unión libre, estos últimos estuvieron concentrados mayoritariamente en el nivel medio. Este resultado concuerda con lo reportado por González et al. (2021), quienes argumentan que el soporte emocional familiar y el sentido de estabilidad relacional pueden contribuir a preservar el bienestar psicológico, especialmente en escenarios de crisis como la pandemia por COVID-19.

En lo que respecta al agotamiento emocional; los casados mostraron una proporción elevada en el nivel alto de esta dimensión (p = .018), en comparación con los demás grupos. Esto puede deberse a la carga adicional que representa equilibrar las demandas del entorno hospitalario con las responsabilidades familiares y del hogar, características que han sido identificadas como un factor de desgaste emocional más severo en el personal de enfermería por (Cano et al., 2023). Contrario a lo que se observó en las personas casadas, los participantes separados presentaron niveles bajos de agotamiento posiblemente asociados a una mayor autonomía o menor carga afectiva.

La mayoría del personal son solteros (45%), dato importante porque según mencionan Cañadas et al. (2018), las personas sin pareja presentaron mayores niveles de despersonalización que podría deberse a que el entorno familiar de un estilo de vida en pareja proporciona seguridad y apoyo y protege al individuo de desarrollar actitudes impersonales, cínicas y negativas hacia sus compañeros de trabajo.

En el estudio realizado se encontró que una de las diferencias más marcadas fue en el grado de despersonalización ($p = .010$), donde el grupo de participantes casados mostró un 56 % en el nivel alto. Este hallazgo podría reflejar el uso de mecanismos de defensa emocional para afrontar el desgaste acumulado especialmente en personas con fuertes vínculos de cuidado hacia otros tanto en el entorno laboral como en el personal. Maslach y Leiter (2016), argumentan que la despersonalización surge como una estrategia para distanciarse emocionalmente del sufrimiento, particularmente cuando los recursos personales se ven desbordados.

Si bien no se hallaron diferencias significativas en el estrés social, estrés laboral ni en la salud mental pobre; las tendencias sugieren que las personas casadas y en unión libre experimentaron mayores niveles de estrés y menor bienestar psicológico que los solteros. Estas observaciones refuerzan la importancia de considerar las circunstancias familiares como variables moduladoras del impacto emocional especialmente en el contexto de atención crítica durante emergencias sanitarias.

Aunque la diferencia en realización personal no fue estadísticamente significativa ($p = 0.073$), es relevante señalar que tanto los participantes solteros como quienes dijeron estar en unión libre mostraron mayores niveles de realización personal. Este resultado podría estar relacionado con una mayor identificación con el rol profesional o con la percepción de contribución social durante la pandemia lo que actúa como factor de resiliencia frente al burnout (Maslach y Leiter, 2016).

Maqsood et al. (2024), mencionan que el estado civil influye en la calidad de vida. Las personas casadas obtuvieron puntuaciones altas teniendo un uso más eficiente de los recursos y posiblemente

conduciendo a un mejor desempeño laboral y atención al paciente. Dado que una proporción importante de los participantes se identificaron como casados (27%), o en unión libre (24%). Este dato cobra relevancia si se considera que durante la pandemia las responsabilidades familiares añadidas, el temor al contagio hacia los seres queridos y la dificultad para conciliar la vida personal con turnos prolongados han sido identificados como factores de riesgo para el estrés y el burnout (Morgantini et al., 2020).

Por otra parte, un estudio de Urpeque y Cortez, (2022) analizaron la ansiedad en profesionales de enfermería tras la pandemia COVID 19 en el que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre solteros y casados, se observó que quienes estaban solteros presentaban niveles ligeramente más altos de ansiedad que se atribuye al temor a la muerte, la preocupación por contagiar a familiares vulnerables y la percepción de ser agentes de contagio para sus familias. En conjunto estos resultados sugieren que el estado civil puede influir en la experiencia subjetiva del estrés, la salud mental y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería.

El hecho de que el 51% tenga hijos plantea un reto adicional principalmente para las mujeres ya que conciliar la vida familiar con los altos niveles de exigencia en las áreas críticas especialmente durante la pandemia, ha sido uno de los principales factores de estrés reportados por el personal de salud en estudios internacionales (De Kock et al., 2021). Esta doble carga ha dificultado el equilibrio entre vida laboral y familiar impactando negativamente su salud física y mental (Liu et al., 2020).

En términos de formación académica, se observó que la mayoría del profesionales de enfermería cuenta con estudios de licenciatura (48%), y un porcentaje significativo posee estudios de posgrado, incluyendo maestría (22%) y especialidad (9%). Esta sólida preparación académica puede estar vinculada a una mayor capacidad para implementar estrategias efectivas de afrontamiento fundamentadas en el conocimiento científico. Estudios previos han demostrado que un mayor nivel educativo en profesionales

de la salud se asocia con mejores habilidades para la toma de decisiones, regulación emocional y manejo del estrés, contribuyendo a mitigar los efectos del síndrome de burnout (Serna y Martínez, 2020).

Aunque las pruebas estadísticas no mostraron diferencias significativas entre los niveles académicos en cuanto al estrés social (p = 0.090), estrés laboral (p = 0.526) y estrés personal (p = 0.187), los datos descriptivos permiten identificar algunas tendencias relevantes. Por ejemplo; el personal con carrera técnica y postécnico reportó mayor porcentaje de estrés social y personal abarcando niveles de medio a alto, mientras que quienes contaban con maestría reportaron también niveles notables de estrés en estas mismas categorías; 20% muy alto en estrés social y 40% medio en estrés personal. Este hallazgo podría estar relacionado con la exposición constante a situaciones de alta demanda emocional sumado a la responsabilidad que conlleva un mayor nivel académico (Labrague y De los Santos, 2020).

En particular, se observó que quienes tienen estudios de licenciatura o de especialidad tendían a reportar menores niveles de estrés social y personal, esto puede deberse a que el entrenamiento especializado proporciona herramientas de afrontamiento y habilidades clínicas que favorecen la adaptación a entornos laborales exigentes (Molina et al., 2018). Descriptivamente, el personal con carrera técnica mostró mayor porcentaje en niveles bajos y medios de buena salud mental mientras que quienes tenían especialidad, maestría o postécnico mostraron una tendencia hacia niveles más altos.

Estos resultados indican que un mayor nivel académico podría estar vinculado a un mejor estado de salud mental percibido probablemente debido a un mayor grado de formación académica en autocuidado y gestión del estrés; esto está en concordancia con lo que dicen Yang et al. (2024), acerca de que los profesionales con mayor nivel educativo pueden desarrollar mejores estrategias de afrontamiento frente a situaciones de crisis como fue la pandemia.

Un nivel académico alto puede estar asociado con una mayor preparación para afrontar situaciones críticas pero también con mayores expectativas y responsabilidades, lo que puede aumentar

el riesgo de agotamiento cuando el sistema de salud no proporciona el soporte adecuado (Salvagioni et al., 2017); en este estudio se encontró una relación significativa entre nivel académico y agotamiento emocional, lo que respalda esta observación. En el agotamiento emocional se encontraron datos estadísticamente significativos con valor (p = 0.037). El personal con nivel postécnico y carrera técnica presentó los porcentajes más altos en agotamiento emocional; 71% y 28% en nivel alto, respectivamente. En contraste, quienes poseían licenciatura o maestría mostraron mayores porcentajes en niveles bajos lo que sugiere un posible efecto protector del mayor nivel académico frente al agotamiento emocional. Esto concuerda con lo encontrado por Ruiz et al. (2020), que afirman que mayor formación puede estar relacionada con una mejor percepción de control y menores niveles de agotamiento.

En el caso de la dimensión despersonalización; no se hallaron valores de correlación significativos (p = 0.724) sin embargo, se observó que el personal con licenciatura y postécnico presentó mayores porcentajes de niveles altos de despersonalización 41% y 42% respectivamente, lo que podría estar relacionado con la sobrecarga de funciones clínicas y administrativas que suelen enfrentar estos grupos. En cuanto a la dimensión realización personal, se encontró significancia estadística (p = 0.016), siendo el personal con especialidad, maestría y licenciatura quienes reportaron los niveles más altos de realización. Este hallazgo refuerza la idea de que un mayor nivel académico contribuye al desarrollo de una identidad profesional más sólida, que actúa como factor protector frente al burnout (Cañadas et al., 2018).

Los hallazgos sugieren que el nivel académico del personal de enfermería se asocia de manera importante con el impacto en la afectación de la salud mental y generación de estrés y síndrome de burnout. Aunque no todos los datos fueron estadísticamente significativos, los patrones descriptivos muestran que el personal con menor formación académica tiende a presentar mayores niveles de estrés y agotamiento emocional, así como menores niveles de buena salud mental y realización personal. Esto resalta la importancia de fortalecer la formación continua y el desarrollo profesional del personal para

mejorar su bienestar psicológico y desempeño en contextos de alta presión como las áreas críticas y situaciones extraordinarias como la emergencia sanitaria ocurrida en años pasados.

En relación con la antigüedad laboral y la experiencia en áreas críticas, los resultados mostraron una amplia variabilidad. Si bien algunos autores señalan que una mayor experiencia podría funcionar como un factor protector frente al estrés, también se ha documentado que la exposición prolongada a ambientes altamente demandantes sin el debido apoyo institucional puede tener un efecto acumulativo negativo, incrementando los niveles de agotamiento emocional y despersonalización (Ruiz et al., 2020).

Los resultados mostraron que la frecuencia de estrés social, laboral y personal varió significativamente entre las diferentes categorías de tiempo de servicio o antigüedad en el puesto de trabajo. De manera específica, en las variables estrés social y estrés personal los resultados mostraron que las personas con mayor tiempo de servicio entre 19 y 24 meses reportaron una distribución más alta en categorías como estrés medio y alto; es posible que estas características tengan relación con el hecho de que con el paso del tiempo el personal puede experimentar un agotamiento que va siendo gradual y que se va agudizando debido a la exposición constante a situaciones estresantes, mismas que impactan en el deterioro paulatino de su salud mental mostrando similitud con lo que dice Torres, en un estudio realizado en 2023.

El análisis mostró que el personal con una antigüedad de entre 19 y 24 meses en unidades de cuidados intensivos reportaron los niveles más altos de estrés, particularmente en las dimensiones de estrés social y personal. Esta tendencia puede explicarse por la exposición constante a situaciones altamente demandantes que con el tiempo deterioran progresivamente la salud mental del personal. En contextos como la pandemia de COVID-19, esta situación se intensificó debido a la incertidumbre, el temor al contagio y la sobrecarga laboral. En consonancia con estos hallazgos Zhang et al. (2020), señalaron que los profesionales de enfermería en unidades críticas experimentaron niveles elevados de

estrés psicológico, influenciados por la presión asistencial, el uso prolongado del equipo de protección y la alta carga emocional derivada de atender pacientes graves.

Se detectó también que las personas con menos de seis meses de experiencia en unidades críticas, como la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos (UCIA) o la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), mostraron una distribución más favorable en los niveles de salud mental, destacando puntajes altos y muy altos en bienestar psicológico. Esta tendencia podría explicarse por el entusiasmo inicial, la motivación intrínseca y una percepción más positiva del entorno laboral en las etapas tempranas de la carrera laboral sin embargo; el paso del tiempo, la exposición continua a situaciones estresantes y de alta carga emocional tiende a erosionar el bienestar mental del personal de enfermería. En este sentido Zhang et al. (2020), identificaron que el desgaste progresivo en unidades críticas puede llevar a un deterioro significativo de la salud mental, especialmente cuando se acumulan demandas laborales sin un soporte adecuado.

Por otro lado, la dimensión de salud mental pobre no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de distintas antigüedades laborales lo que sugiere que, si bien algunos profesionales con mayor tiempo de servicio pueden experimentar niveles más elevados de estrés, otros factores como el apoyo social y el clima organizacional; desempeñan un papel moderador importante. Estudios recientes han demostrado que el apoyo institucional y una percepción positiva del entorno laboral son factores protectores clave para el bienestar psicológico del personal de enfermería. Por ejemplo, Labrague y De los Santos (2020), encontraron que un clima laboral favorable y el apoyo organizacional percibido reducen significativamente los niveles de ansiedad, estrés y agotamiento emocional entre los trabajadores sanitarios durante contextos de alta presión como la pandemia por COVID-19.

Se observó que los enfermeros con mayores niveles de agotamiento emocional fueron aquellos con menor tiempo de servicio, específicamente en periodos de 0 a 6 meses. Esta característica podría relacionarse con la sobrecarga emocional que enfrentan los trabajadores nuevos al estar inmersos en situaciones críticas sin la preparación o experiencia suficiente. Estudios como el de Wu et al. (2020), han documentado que el personal sanitario recién incorporado durante la pandemia mostró una vulnerabilidad particular al agotamiento debido a la novedad y exigencia de las tareas. En cuanto a la despersonalización, uno de los indicadores más relevantes del síndrome de burnout se evidenció que los enfermeros y enfermeras con menor tiempo de servicio reportaron niveles más altos en esta dimensión. Este patrón coincide con la teoría que sugiere que la despersonalización puede manifestarse tempranamente en la carrera profesional como mecanismo de defensa ante el estrés constante y la falta de apoyo adecuado. Además, esta situación se ha visto exacerbada en contextos excepcionales como el de la pandemia por COVID-19 donde la presión emocional y laboral aumentó significativamente para los trabajadores de la salud (Ruiz et al. 2020).

La realización personal se observó más alta entre los trabajadores con más de 12 meses de experiencia, lo que sugiere que a pesar del agotamiento, aquellos con más tiempo en su puesto experimentan una mayor satisfacción y sentido de logro en su trabajo. Esto coincide con lo señalado por Cañadas et al. (2018), quienes reportan que una identidad profesional más sólida y el desarrollo de competencias a lo largo del tiempo pueden actuar como factores protectores frente al burnout.

De acuerdo con todo lo observado, el tiempo de servicio parece tener un impacto significativo en los niveles de estrés y salud mental en los enfermeros de áreas críticas. Los trabajadores con más experiencia tienden a desarrollar mayores niveles de estrés laboral y personal, mientras que los de más reciente contratación son más propensos a experimentar agotamiento emocional y despersonalización. Se observó que es crucial implementar programas de apoyo psicológico y medidas de prevención para

proteger la salud mental del personal de salud, especialmente en tiempos de alta demanda como la vivida durante la pandemia de COVID-19.

Respecto a las condiciones laborales, se destaca que el 66% labora en turnos prolongados. Diversos estudios han señalado que los turnos nocturnos y las guardias prolongadas están asociados con un mayor riesgo de desarrollar el síndrome de burnout. Deschamps et al. (2011) encontraron que los turnos de trabajo rotatorios y los horarios irregulares originan alteraciones del sueño, cansancio y trastornos digestivos, lo que incrementa el riesgo de aparición de burnout en médicos y enfermeros, especialmente cuando se suma a la carga física del uso prolongado de equipo de protección personal (EPP) (Morgantini et al., 2020).

Se observó que el turno nocturno presentó mayor proporción de niveles medios de estrés social, alcanzando un 80%, en comparación con otros turnos. Aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0.098$), los datos descriptivos sugieren una tendencia hacia un mayor nivel de estrés social en quienes laboran en horario nocturno. Este hallazgo coincide con los resultados de Flo et al. (2012), quienes encontraron que el trabajo nocturno en profesionales de enfermería está asociado con un mayor riesgo de trastornos del sueño, fatiga y síntomas relacionados con estrés y ansiedad, lo que afecta negativamente la salud mental y el bienestar general.

En relación con el estrés laboral, el turno nocturno A muestra una alta prevalencia de niveles de estrés alto con 60%, mientras que el turno vespertino presenta una distribución más uniforme, con predominancia en los niveles de estrés medio; 43% y bajo 43%. Aunque las pruebas estadísticas no revelaron significancia ($p = 0.206$), los datos descriptivos sugieren que los turnos nocturnos, especialmente el Nocturno A, están asociados con mayores niveles de estrés laboral.

El análisis del estrés personal revela que el turno nocturno B tiene una alta proporción de trabajadores con niveles de estrés alto 90%, mientras que el turno vespertino presenta una

predominancia de niveles de estrés medio 71%. Aunque las pruebas estadísticas no alcanzaron significancia (p = 0.217), los datos descriptivos sugieren que los turnos nocturnos están asociados con mayores niveles de estrés personal, en este caso específico el nocturno B.

En relación con la salud mental, el turno matutino muestra una alta prevalencia de buena salud mental 56%, mientras que el turno vespertino presenta una alta prevalencia de salud mental pobre 71%. Aunque las pruebas estadísticas no revelaron significancia (p = 0.378), los datos descriptivos sugieren que el turno matutino está asociado con mejores niveles de salud mental. En cuanto al agotamiento emocional, el turno vespertino muestra una alta prevalencia de niveles altos de agotamiento emocional 58%. Aunque las pruebas estadísticas no revelaron significancia (p = 0.127), los datos descriptivos sugieren que los turnos vespertinos están asociados con mayores niveles de agotamiento emocional.

De acuerdo con los resultados, el turno nocturno C presenta una alta prevalencia de niveles medios de despersonalización 57%, mientras que el turno vespertino muestra una alta prevalencia de niveles bajos de despersonalización con 42%. Aunque las pruebas estadísticas no arrojaron datos con significancia (p = 0.309), los datos descriptivos sugieren que los turnos nocturnos están asociados con mayores niveles de despersonalización, en este caso particular especialmente el turno nocturno C. En relación con la realización personal, el turno nocturno A muestra una alta prevalencia de niveles altos de realización personal 80%, mientras que el turno nocturno C presenta alta prevalencia de niveles bajos 57%. Las pruebas estadísticas no revelaron significancia (p = 0.468), y esto en conjunto con los datos descriptivos sugieren que los turnos nocturnos están asociados con diferentes niveles de realización personal.

Se observó una diferencia significativa en los niveles de estrés social entre el grupo de quienes tienen contrato de base y los demás tipos de contrato arrojando un valor de p = 0.034. Los trabajadores de base presentaron una mayor concentración en los niveles medio y alto de estrés social en comparación

con los grupos con otro tipo de contrato que exhibieron una distribución más equilibrada entre los niveles bajo y medio. La literatura sobre estrés laboral sugiere que las condiciones de trabajo menos formalizadas pueden contribuir a mayores niveles de estrés y falta de estabilidad laboral en el individuo (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001), condiciones que contrastan con los resultados que se obtuvieron del análisis de la muestra de este estudio haciendo una excepción a lo que se observa de manera regular.

Por otro lado, el estrés laboral no presentó relaciones estadísticas significativas entre los distintos tipos de contrato arrojando valores de $p = 0.381$ en Chi-cuadrado y $p = 0.383$ en prueba exacta de Fisher lo que sugiere que independientemente de la condición laboral de contrato, los niveles de estrés en el contexto de trabajo no varían considerablemente. Sin embargo, es relevante observar que el grupo de base tuvo una mayor prevalencia de niveles altos de estrés laboral 53%, lo que podría reflejar una sobrecarga de trabajo o condiciones de empleo que le generan mayor presión. Aunque la modalidad contractual no siempre influye directamente en el estrés percibido, las condiciones laborales asociadas a ciertos contratos pueden incrementar la carga laboral y el desgaste emocional en el personal de enfermería.

En cuanto a datos de estrés personal no se encontraron valores de correlación significativos; $p = 0.190$ en Chi-cuadrado y $p = 0.122$ en prueba exacta de Fisher; a pesar de estos valores se observó que los trabajadores contratados en modalidad de formalizados presentaron mayor concentración en el nivel alto de estrés personal, lo que podría indicar que aunque los trabajadores en posiciones más estables tienden a tener menos estrés laboral, factores personales como la carga familiar o las presiones personales podrían ser más determinantes en estos casos. Es posible que el estrés personal esté influido más por factores externos al contexto laboral tales como las responsabilidades familiares, que por la situación laboral en sí misma (Maslach et al. 2001).

No se encontraron valores estadísticamente significativos para la buena salud mental entre los diferentes tipos de contrato. Los valores de correlación que se obtuvieron fueron p = 0.839 en la prueba exacta de Fisher y p = 0.782 en la prueba de Chi-cuadrado. Se observó que hay personal con base que mostró una distribución equilibrada entre los niveles alto y medio de buena salud mental, lo que sugiere que a pesar del estrés social y laboral los trabajadores en este grupo podrían presentar un nivel aceptable de buena salud mental en comparación con los grupos con otro tipo de contrato.

Es importante señalar que los trabajadores con contrato de Seguro Popular presentaron un porcentaje mayor en nivel alto, lo que podría indicar que a pesar de enfrentar condiciones laborales menos favorables algunos trabajadores logran mantener un buen estado de salud mental. Esta tendencia es coherente con lo reportado por Ruiz et al. (2020), quienes encontraron que la calidad de vida y el bienestar del personal de enfermería están más influenciados por factores psicosociales, como la satisfacción con la compasión y el apoyo social, que por las condiciones contractuales.

En relación con la salud mental pobre, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos. Los valores de correlación que se obtuvieron fueron; p = 0.150 en Chi-cuadrado y p = 0.198 en prueba exacta de Fisher, la mayoría de participantes independientemente del tipo de contrato se distribuyeron principalmente entre los niveles bajo y medio de salud mental pobre. Estos resultados sugieren que la mayoría de los trabajadores no presentan una salud mental altamente pobre aunque la prevalencia de estrés laboral y social puede contribuir a la aparición de síntomas de agotamiento emocional o ansiedad.

Estos resultados sugieren que la mayoría de los trabajadores no presentan una salud mental altamente deteriorada, aunque la prevalencia de estrés laboral y social puede contribuir a la aparición de síntomas de agotamiento emocional o ansiedad. Ruiz et al. (2020), destacan que factores como la

satisfacción con la compasión y el apoyo psicosocial tienen un papel determinante en la percepción de la salud mental entre el profesionales de enfermería.

El agotamiento emocional mostró algunos datos significativos en su distribución, especialmente en el grupo que tiene contrato de base que presentó una mayor prevalencia de alto nivel de agotamiento emocional; 37%. Estos resultados son consistentes con la literatura que indica que los trabajadores en situaciones laborales más precarias suelen experimentar mayor agotamiento emocional debido a la falta de recursos y apoyos, lo que incrementa también la fatiga emocional (Maslach et al., 2001). A pesar de que descriptivamente se reconocieron estas características, no se encontraron valores de relación estadística significativa entre los tipos de contrato y los niveles de agotamiento emocional; $p = 0.092$ en Chi-cuadrado y $p = 0.125$ en prueba exacta de Fisher.

El análisis de despersonalización mostró resultados estadísticamente significativos; $p = 0.000$ en Chi-cuadrado y $p = 0.000$ en prueba exacta de Fisher. Los trabajadores de base presentaron una alta prevalencia de nivel alto de despersonalización 63%, lo que podría indicar que aquel personal en posiciones de empleo de mayor responsabilidad experimentan una desconexión emocional significativa con su trabajo; estos resultados coinciden con lo planteado por Cañadas et al. (2015), quienes señalan que una mayor carga laboral y el aumento de responsabilidades pueden contribuir significativamente al desarrollo de la despersonalización en el personal de enfermería, especialmente en contextos de alta demanda como las unidades de cuidados intensivos. Es relevante hacer notar que este patrón se observó de manera más explícita en el grupo de contrato de base, lo que sugiere que las condiciones laborales adversas pueden aumentar el riesgo de despersonalización del personal.

En lo que respecta a la realización personal, los resultados no mostraron diferencias significativas los valores que se identificaron fueron; $p = 0.092$ en Chi-cuadrado y $p = 0.084$ en prueba exacta de Fisher. De manera meramente descriptiva, el grupo de contrato de suplencia presentó una alta prevalencia de

altos niveles de realización personal (100%), que podría deberse a una mayor motivación inicial, sensación de logro al obtener el puesto o menor desgaste acumulado hipótesis que coinciden con lo reportado por Zhang et al. (2020), donde detectaron que el sentido de realización era mayor en personal con menos años de servicio.

El análisis de la muestra reveló que el tipo de contrato laboral se asocia significativamente con algunas dimensiones del malestar psicosocial especialmente con el estrés social y la despersonalización, siendo el personal con contrato permanente quienes presentaron los niveles más altos en ambas variables. Esto sugiere que si bien la estabilidad laboral puede ofrecer ciertos beneficios, también puede estar relacionada con mayores exigencias, cargas emocionales y responsabilidades que a su vez incrementan el desgaste emocional y la desconexión afectiva de las personas. Por otro lado; los trabajadores de suplencia y seguro popular a pesar de enfrentar condiciones laborales menos estables mostraron mejores niveles de realización personal y en algunos casos también de salud mental, lo que indica que factores como la motivación inicial, el sentido de logro y las estrategias personales de afrontamiento podrían jugar un papel protector.

Se observó una relación significativa en los niveles de estrés social entre las diferentes unidades de trabajo, especialmente en la comparación entre UCIA y UTIP con valor de prueba exacta de Fisher de p= 0.032. Quienes trabajan en la UCIA presentaron una distribución predominante de niveles medio y alto de estrés social, mientras que quienes laboran en la UTIP mostraron mayor prevalencia de nivel alto. Lo anterior sugiere que el personal que trabaja en la UCIA podría enfrentar mayores desafíos en cuanto al estrés social, esto podría ser debido a la naturaleza crítica de las intervenciones y la alta presión laboral en este tipo de unidades en concordancia con investigaciones previas que vinculan altos niveles de estrés social con ambientes laborales de alta exigencia (Maslach et al., 2001). En contraste con lo anterior; el grupo de la UTIP aunque también de alta exigencia, pudo haber experimentado una dinámica de trabajo

que propició y facilitó una mayor adaptación y manejo de este tipo de estrés durante la emergencia sanitaria sucedida.

El análisis comparativo entre las distintas áreas críticas UCIA, UCIN, Urgencias y UTIP mostró diferencias estadísticamente significativas en varias dimensiones relevantes. En particular se hallaron asociaciones significativas entre el área de trabajo y el estrés social ($p = 0.032$), estrés laboral ($p = 0.024$), estrés personal ($p = 0.008$), buena salud mental ($p = 0.015$) y salud mental pobre ($p = 0.027$), lo que indica que el entorno específico de cada unidad influye considerablemente en la experiencia emocional y psicosocial del personal de enfermería.

Los datos revelan que el personal de UCIA y UTIP presentó niveles más altos de estrés en todas sus dimensiones (social, laboral y personal), mientras que UCIN y Urgencias mostraron distribuciones más moderadas o centradas en niveles medios, esto sugiere que las condiciones de trabajo en UCIA y UTIP podrían estar asociadas con mayores exigencias emocionales, sobrecarga de trabajo y exposición prolongada a situaciones críticas, factores que ya han sido identificados en la literatura como desencadenantes de estrés significativo en entornos hospitalarios de cuidados intensivos (Maslach y Leiter, 2016).

En cuanto a la salud mental, se identificó mayor proporción de profesionales en niveles altos de buena salud mental en UTIP y UCIA, lo que resulta paradójico considerando sus altos niveles de estrés; esto podría indicar la presencia de estrategias de afrontamiento más eficaces, mayor cohesión de equipo o experiencia profesional acumulada, factores que podrían funcionar como amortiguadores del impacto negativo del estrés (Ruiz et al., 2020).

Respecto a la despersonalización y el agotamiento emocional dimensiones clave del síndrome de burnout, no se hallaron diferencias significativas entre las áreas, sin embargo; se observaron tendencias relevantes: en UCIA y UTIP se concentraron los mayores porcentajes de niveles altos de

despersonalización, esto es consistente con estudios que señalan que los profesionales que trabajan en cuidados intensivos tienden a desarrollar mecanismos de distanciamiento emocional como forma de autoprotección ante la exposición continua al sufrimiento y la muerte (Molina et al., 2018).

Finalmente, todos los grupos registraron una alta prevalencia de niveles elevados de realización ´personal especialmente el personal que labora en Urgencias, lo que puede reflejar una percepción de cumplimiento vocacional y sentido del trabajo a pesar de las condiciones adversas.

En conjunto estos hallazgos sugieren que el área de desempeño influye de manera relevante en algunas dimensiones del estrés y la salud mental del personal de enfermería subrayando la importancia de implementar estrategias diferenciadas de apoyo psicosocial y de prevención de afecciones a la salud mental y desarrollo de burnout según las características particulares de cada unidad crítica. El hallazgo de que el 25% del personal realiza guardias adicionales y el 28% labora en más de un empleo revela una sobrecarga laboral crónica que probablemente se intensificó durante la pandemia; esta combinación de factores implica una carga física y emocional significativa que ha sido ampliamente documentada como un detonante del síndrome de burnout en profesionales de enfermería.

Durante la pandemia múltiples estudios en México señalaron que el personal de salud enfrentó jornadas extendidas, fatiga acumulada, y menor tiempo de descanso, factores que se asociaron directamente con niveles elevados de agotamiento emocional y despersonalización de acuerdo con Reyes et al. (2023), además de que trabajar en más de un empleo reduce el tiempo disponible para la recuperación física y emocional comprometiendo la capacidad de afrontamiento del personal (Hernández et al., 2023).

Un hallazgo evidente y relevante fue la elevada exposición que hubo al COVID-19; el 93% reportó contacto directo con pacientes infectados, el 55% sufrió contagio personal y el 87% reportó contagios en su entorno cercano. Si bien la exposición generalizada es evidente, las cifras de contagio personal resultan

más altas que las reportadas en estudios previos; Robles et al. (2021), documentaron que aproximadamente el 20.1 % del personal asignado a equipos COVID y el 13.7 % de otros trabajadores hospitalarios del IMSS resultaron infectados durante 2020, esta discrepancia señala que, aunque la exposición al virus fue muy alta no siempre se tradujo en un contagio personal de igual magnitud, estas diferencias podrían explicarse por factores como la eficacia del uso de equipo de protección, mecanismos de prevención institucionales o grados diferentes de vulnerabilidad entre áreas y perfiles profesionales.

Esta alta exposición junto con la percepción de desorganización (48%), aumento del riesgo de errores (69%) y el temor a perder el empleo (48%), refleja un entorno laboral de alta presión asociado con mayores niveles de estrés y afectación en la salud mental. Pese a estas condiciones, la mayoría reportó haber tenido acceso al EPP (91%) y haber implementado medidas preventivas (100%), hallazgo que fue positivo para evitar el desarrollo de afecciones de salud mental. No obstante, el 72% sufrió lesiones físicas por el uso del EPP, condición que también constituye un riesgo para la salud y el bienestar del personal como se encontró en el estudio de Calderón et al. (2022) realizado en México donde los autores concluyeron que el uso continuo del EPP durante más de cinco horas puede ocasionar efectos adversos cutáneos en el personal sanitario. Las lesiones más frecuentes incluyeron úlceras por presión en el puente nasal, eritema y descamación, siendo la mascarilla el aditamento que más generó estas lesiones .

Otro aspecto fundamental para el cuidado de la salud mental es el acceso a servicios de salud mental que fue muy poco en el personal enfermero de este estudio, ya que solo el 13% reportó haber participado en actividades de apoyo emocional; consistente con esto la literatura señala que se registró una gran falta de programas institucionales de contención emocional en hospitales durante la pandemia, especialmente en países de ingresos medios (Liu et al., 2020).

9. CONCLUSIONES

La presente investigación evidencia que el profesionales de enfermería en áreas críticas durante la pandemia por COVID-19 experimentó niveles elevados de estrés en sus dimensiones social, laboral y personal, afectación en la salud mental y manifestaciones del síndrome de burnout, especialmente agotamiento emocional y despersonalización. Sin embargo, la mayoría de los enfermeros presentó niveles bajos de agotamiento emocional y despersonalización, mientras que la realización personal se mantuvo elevada en la mayoría, reflejando satisfacción y sentido de propósito en su labor. Esto sugiere que, aunque un grupo minoritario mostró niveles altos de burnout, existen factores protectores que favorecen la resiliencia psicológica en entornos de alta presión.

El análisis por género sugiere que las mujeres presentaron niveles más altos de estrés personal, posiblemente relacionados con la sobrecarga de roles y responsabilidades familiares durante la crisis sanitaria, mientras que las diferencias estadísticas fueron mínimas en otras variables. Estas diferencias resaltan la necesidad de intervenciones con enfoque de género para mitigar los efectos del estrés en contextos críticos.

Factores como el nivel académico, la experiencia y la realización personal funcionaron como elementos protectores frente al burnout. El personal con mayor formación académica y más tiempo de experiencia mostró menor agotamiento emocional y mayores niveles de realización personal, lo que enfatiza la importancia de la formación continua, el desarrollo profesional y el fortalecimiento de competencias de afrontamiento.

El estado civil y las condiciones familiares también influyeron significativamente en la experiencia de estrés y burnout. Los participantes en unión libre reportaron mayores niveles de estrés personal y menor salud mental, mientras que los casados presentaron mayor agotamiento emocional y

despersonalización. Estos hallazgos destacan que la estabilidad relacional y el soporte familiar modulan el bienestar psicológico en contextos críticos.

Las condiciones laborales, incluyendo tipo de contrato, turno y unidad de trabajo, mostraron asociaciones relevantes con algunas dimensiones del malestar psicosocial. El personal con contrato de base y aquellos que laboran en unidades como UCIA y UTIP presentaron mayores niveles de estrés social y despersonalización. La sobrecarga laboral derivada de guardias adicionales y doble empleo contribuye a la fatiga acumulada y aumenta la vulnerabilidad frente al burnout.

A pesar de estas demandas, se identificaron aspectos protectores como relaciones laborales positivas entre compañeros y con pacientes, vocación profesional y el uso adecuado del equipo de protección personal, aunque este último generó incomodidad física en algunos casos. Por otro lado, la limitada participación en programas de contención emocional y la percepción de fragmentación del clima laboral ponen de manifiesto la necesidad urgente de fortalecer los programas de apoyo psicológico, capacitación en manejo del estrés y políticas de bienestar laboral.

En síntesis, el profesionales de enfermería en áreas críticas mostró un nivel bajo de síndrome de burnout en general, con alta realización personal como factor protector, pero con prevalencia de estrés social, laboral y personal en niveles preocupantes. El impacto diferenciado por género, estado civil, edad y condiciones laborales evidencia que los factores individuales y organizacionales interactúan de manera compleja. Estos resultados confirman que, durante la pandemia por COVID-19, el bienestar del personal no depende únicamente de la carga de trabajo, sino también del apoyo institucional y del entorno social. Se requiere implementar estrategias de prevención, acompañamiento emocional y políticas de salud ocupacional sostenidas para garantizar tanto la salud mental del profesionales de enfermería como la calidad del cuidado que brindan.

Anexos

Universidad Autónoma del Estado de México
Centro Universitario UAEM Valle de Chalco

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para ser parte del grupo de entrevistados que de manera comprometida laboraremos en la investigación que lleva por tema: "**Estrés, Síndrome de Burnout y Salud Mental en el profesional de enfermería de áreas críticas del Hospital General la Perla Nezahualcóyotl, durante la pandemia por COVID-19, 2022".** Misma que será elaborada por el Licenciado en Enfermería Oziel Toledo García, estudiante de la Maestría en Enfermería en Cuidados Críticos del Centro Universitario UAEM Valle de Chalco.

En el entendido que cooperaré en la entrevista de dicho estudio de manera responsable y confiable; así mismo estoy en la disposición de realizar dicha evaluación las veces que el autor considere, con el fin de que los datos que en él se reflejen sean asertivos y aporten información fehaciente a la investigación.

Este estudio contribuirá a dar una mejor atención de calidad y así resolver los problemas que puedan existir en los recursos de enfermería que presenten estrés, alteraciones en salud mental o síndrome de burnout.

Estoy consciente que fui elegido(a) para ser parte del grupo de entrevistados por la actividad que realizo, nivel académico y experiencia en el desarrollo del procedimiento a evaluar, por lo que mi participación es voluntaria y con el compromiso que requiere la misma.

Entiendo que los resultados serán publicados y de ellos derivan acciones para la aplicación en otras unidades que brinden este tipo de atención y que me serán proporcionados siempre y cuando los solicite.

Fecha:

Firma del participante:

A continuación, marque Si o No, según corresponda.

¿Tiene problemas físicos?	Si		No		¿Cuál?							
¿Padece alguna enfermedad?										Si		No
En caso afirmativo, ¿Cuál?	diabetes		obesidad		hipertensión		Otra, ¿cuál?					
¿Tiene problemas emocionales?	Si		No		Cuál(es)							
¿Recibe algún tratamiento para ese problema emocional?										Si		No
¿Acude a algún tipo de terapia?										Si		No
En caso de ser afirmativo, ¿a qué tipo de terapia acudes?												
¿Cuántos pacientes tiene regularmente a su cargo?	1 a 2		3 a 4		5 a 6		6 o más					
¿Esta o estuvo en contacto con pacientes con COVID?										Si		No
¿Se fue de resguardo durante la pandemia por ser personal de alto riesgo?										Si		No
¿Alguna persona cercana a usted se ha contagiado de COVID?										Si		No
¿Usted alguna vez se contagió de COVID?										Si		No
¿Sufrió alguna agresión/discriminación por ser enfermero(a) durante la pandemia por COVID-19?										Si		No
¿De qué tipo?												
¿Tuvo alguna pérdida durante la pandemia a causa del COVID-19? en su entorno:	Laboral		familiar		social							
¿Tuvo acceso y utilizo el EPP correspondiente? (bata, mascarilla, gafas, careta, gorro, guantes)?										Si		No
¿Sufrió lesiones físicas por utilizar de manera continua su EPP?										Si		No
¿Experimentó sentimientos de miedo de perder su trabajo?										Si		No
¿Enfrentó sobrecarga de trabajo?										Si		No
¿Enfrentó mayor presión y estrés laboral que cuando no había COVID-19?										Si		No
¿Experimentó temor ante el riesgo de contagio a su persona o a algún integrante de su familia?										Si		No
¿Los compañeros de trabajo con los que convive regularmente están o estuvieron contagiados de COVID-19?										Si		No
En su área de trabajo, ¿pudo atender a las medidas preventivas de contagio? (lavado frecuente de manos, distancia social, uso de alcohol en gel, uso de mascarilla, etc.)										Si		No
En su centro de trabajo, ¿tuvo acceso a las pruebas de detección del virus?										Si		No
¿Tuvo algún tipo de actividad relacionada con el cuidado de su salud mental por iniciativa propia o de su institución de trabajo?										Si		No
¿Aumentó el riesgo de cometer errores durante el desarrollo de su trabajo?										Si		No
¿Pidió ayuda a sus compañeros de trabajo cuando la necesito?										Si		No
¿Sintió que dominaba un ambiente de confianza en su área de trabajo?										Si		No
¿Estuvo sujeto a algún tipo de desorganización en sus rutinas habituales de trabajo?										Si		No
¿Experimentó sentimientos de culpa con respecto a la atención que brindo a sus pacientes?										Si		No

A continuación, aparecen una serie de afirmaciones. Marque con una X según corresponda, considerando que:

0. Nunca
1. Pocas veces al año o menos
2. Una vez al mes o menos
3. Unas pocas veces al mes
4. Una vez a la semana
5. Pocas veces a la semana
6. Todos los días

N° Cuestionario	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado(a) por mi trabajo.							
2. Me siento cansado(a) al final de la jornada de trabajo.							
3. Me siento fatigado(a) cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.							
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes.							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.							
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.							
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.							
8. Me siento desgastado(a) por mi trabajo.							
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.							
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.							
11.Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.							
12. Me siento muy activo(a).							
13. Me siento frustrado(a) en mi trabajo.							
14. Creo que estoy trabajando demasiado.							
15. Realmente no me preocupa lo que les ocurre a mis pacientes.							
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.							
17. puedo crear fácilmente una atmosfera relajada con mis pacientes.							
18. Me siento estimulado(a) después de trabajar con mis pacientes.							
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.							
20. Me siento acabado(a).							
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma							
22.Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas.							

A continuación, aparecen una serie de afirmaciones. Marque con una X según corresponda, considerando que:

A	Nunca	**B**	Casi nunca	**C**	Ocasionalmente	**D**	Frecuentemente	**E**	Muy frecuentemente

	A	B	C	D	E
Es difícil que me dé por vencido(a) fácilmente, busco el lado bueno de la vida					
Me muestro lleno(a) de energía y entusiasmo por la vida					
Siento que las cosas que andan mal, a la larga mejoran					
Cuido mi apariencia, me mantengo limpio(a) y saludable					
Es fácil congeniar conmigo					
Me es fácil relajarme, jugar y divertirme					
Encuentro muchas cosas interesantes que hacer					
Disfruto fiestas celebraciones					
Me acompaña el recuerdo de padres y/o hijos					
Tengo buen apetito					
Rio, sonrío, me siento feliz y despreocupado (a)					
Investigo y ensayo cosas nuevas					
Soy valiente y atrevido(a)					
Mi humor es equilibrado, no me molestan las altas y bajas de la vida					
Camino con paso ligero y vivaz					
Soy firme y determinante en mis decisiones					
Disfruto de cantar, silbar y/o bailar					
Me siento amado(a) y atendido(a)					
En general me siento satisfecho(a) con mi vida					
Tengo buena salud física					
Siento que puedo manejar cualquier problema que se me presente					
Sin importar lo que pase, siento que Dios proveerá					
Siento que no hay nada realmente malo en mí					
Sigo las costumbres y rutina socialmente aceptadas					
Tengo sueños y aspiraciones por una vida mejor					
Me importa poco lo que pasa, me doy por vencido, quisiera huir					
Me es difícil desprenderme de pensamientos que me molestan					
Como, fumo o bebo café, en exceso					
Tengo hábitos nerviosos (tics)					
Tengo dificultad para poner atención o recordar					
Me siento triste, deprimido(a), lloro con facilidad					
Me preocupo por cosas sin importancia					
Tengo problemas de respiración, pulso o digestión					
Estoy en tratamiento médico por problemas cardiacos o gastrointestinales					
Constantemente me quejo sin necesidad					
Disfruto de herirme a mí mismo(a), o a otros					
Tengo arranques emocionales, me enojo, grito					
Me encierro en mí mismo(a), y evito a los demás					
Tengo cambios de humor súbitos y frecuentes					

A	Nunca	B	Casi nunca	C	Ocasionalmente	D	Frecuentemente	E	Muy frecuentemente

Pienso que la gente que me rodea es agradable y considerada					
Las cosas que hago con mis amigos me son muy estimulantes					
Pertenezco a un grupo que se preocupa por mi bienestar					
Me siento seguro en el vecindario o colonia					
Puedo expresar mi malestar cuando algo me molesta					
Acepto y disfruto mis responsabilidades sociales					
Hay gente con quien puedo compartir mi vida con confianza					
Me siento satisfecho con mi vida sexual en esta etapa de la vida					
Tengo una relación sentimental intensa					
Pertenezco a una familia unida					
Mis actividades religiosas me dan fuerza					
Cuento con alguien que me ayuda					
Disfruto las vacaciones y las fiestas					
En general, encuentro un lugar tranquilo y callado cuando lo deseo					
Pienso que la policía realmente me protege					
Considero que la vida en mi comunidad es ordenada y segura					
Siento que mis condiciones de vida son buenas y mejoran constantemente					
Tengo amigos y compañeros buenos y leales					
Tengo la oportunidad de ayudar a otros					
En el trabajo no obtengo respuesta ni buena, ni mala					
En el trabajo, tengo que luchar para salir adelante					
El tipo de trabajo que hago es demandante y no es respetado					
Haga lo que haga en el trabajo, es insuficiente					
Lo que se tiene que hacer en el trabajo, no tiene sentido					
La gente de mi trabajo me encuentra defectos					
Mi trabajo es repetitivo, rutinario y aburrido					
La gente con quien trabajo, no se interesa por mi					
Donde trabajo, mis errores podrían causar serios problemas					
El trabajo me obliga a hacer cosas contrarias a mis principios					
La gente no reconoce mis esfuerzos, nunca aprecia lo que hago					
Hay tantos cambios en el trabajo que me confundo					
El trabajo me aleja de mi familia					
Debo trabajar aun cuando estoy enfermo (a)					
El lugar donde trabajo es sucio, insalubre					
Tengo miedo de perder el empleo					
En el trabajo no tengo oportunidad de descansar cuando me canso					
El trabajo interfiere en mis otras responsabilidades					
Ignoro lo que va a pasar en el trabajo					
Me preocupo por el trabajo aun cuando estoy en casa					
Es fácil que ocurran accidentes o errores en el trabajo si no tengo cuidado					
Pienso que en el trabajo fracaso porque tengo mala suerte					
Hay conflictos donde trabajo, la gente discute y pelea					
Tengo demasiado trabajo que hacer					

A	Nunca	B	Casi nunca	C	Ocasionalmente	D	Frecuentemente	E	Muy frecuentemente

	A	B	C	D	E
Oigo voces e imagino cosas inexistentes					
A veces siento verdadero pánico y terror					
Me culpo a mí mismo(a), me disculpo, me justifico					
Me pongo en guardia, controlo mis emociones					
Me canso fácilmente, me inquieto y tengo dificultad para dormir					
Endurezco los músculos faciales. Frunzo el ceño					
Tengo jaquecas, dolores de cuello/espalda por tensión					
Me siento mal y sin esperanza de mejorar					
Sueño despierto(a), me pierdo en fantasías					
Tengo poco interés o placer por el sexo					
Evito algunos lugares, personas o actividades para no ser molestado(a)					
Me siento divido (a) entre diversas responsabilidades sociales					
Me es imposible ser lo que la gente espera de mi					
Realmente no hay nadie a quien quiera o quien me quiera					
Mis condiciones de vida no son saludables					
Mis ideas y creencias difieren de la mayoría de la gente que conozco					
Hay mucho peligro, violencia, crimen, etc., donde vivo					
Por donde vivo, parece que no hay quien organice las cosas, no hay reglas					
La gente me está molestando					
Resuelvo mis problemas, pero estos persisten					
En mi casa hay demasiada gente					
Tan solo hacer los trabajos rutinarios es un problema					
Me he tenido que cambiar de diferentes lugares en donde he vivido					
Puedo ser castigado(a) sin razón					
Me siento atrapado(a)					
La gente me insulta y se burla de mi					
Tengo que estar separado (a) de mi familia y de los que quiero					
La vida a mi alrededor es confusa y desordenada (caótica)					
Mis problemas familiares van más allá de lo que puedo soportar					
He perdido a alguien muy cercano a mi					
Alguien cercano a mí, morirá próximamente					
Es probable que los jefes me hagan daño					
Donde vivo las cosas van mal y no mejoran					
La gente a mi alrededor es irritable, grita y pelea					
Aun cuando no sea mi responsabilidad, tengo que hacerme cargo de algo					
La gente no está de acuerdo conmigo y me contradice					
Mi hogar está rodeado de cosas agradables y alegres					
Pienso que el gobierno se interesa por mi bienestar social					
Pienso que los demás me respetan					
Siento que recibo muchas felicitaciones de la gente					
Me siento adaptado(a) a mi familia y amistades					
Soy popular en mi comunidad					

A	Nunca	B	Casi nunca	C	Ocasionalmente	D	Frecuentemente	E	Muy frecuentemente

En mi trabajo me resulta confuso lo que debo hacer						
Siento que ayudo a mejorar el mundo con mi trabajo						
El trabajo me hace sentir seguro(a)						
Si tengo problemas, los compañeros de trabajo me ayudaran						
Algunas personas con quienes trabajo son mis mejores amigos						
Hay fiestas y celebraciones donde trabajo						
Mi trabajo se puede ajustar a mi vida familiar						
Es seguro y confortable donde trabajo						
El trabajo me hace sentir importante y poderoso						
Donde trabajo tengo la oportunidad de aprender y mejorar						
Mi sueldo es adecuado						
Le simpatizo y le agrado a la gente con quien trabajo						
En el trabajo estoy contento(a) de hacer exactamente lo que tengo que hacer						
Cuando hay problemas de trabajo, trato de resolverlos en equipo						
Una de las cosas más importantes de mi vida es el trabajo						
Soy cuidadoso(a) y dedicado(a) con mi trabajo						
Siento que en las personas dependen de mi						
El trabajo me da la oportunidad de mejorar						
Mi trabajo es divertido y disfruto haciéndolo						
Soy eficiente en mi trabajo y lo hago bien						
El trabajo me ayuda mantenerme saludable						
El trabajo que hago me da satisfacción personal, dignidad y orgullo						
Se que con mi trabajo contribuyo con algo valioso						
Pienso que en el trabajo es un gran reto hacer lo que parece “imposible”						
Estoy de acuerdo en cómo se hacen las cosas en mi trabajo						
En el trabajo puedo arreglar las cosas a mi conveniencia						
Me preocupo por las cosas por mucho tiempo, aunque sé que de nada sirve						
Estoy constantemente preocupado(a) por mis problemas						
Reconozco que hay muchas cosas malas, pero no me importa						
Culpo a otros por mis problemas y fallas						
Tengo dificultad en empezar lo que tengo que hacer						
Estoy decidido(a) a ser el(la) mejor todo el tiempo						
Necesito que alguien me presione						
Cuando me enojo, presiono a los demás						
A veces finjo estar enfermo(a) para evitar cumplir con mi deber						
Me rindo fácilmente y evado los conflictos						
Necesito mucho apoyo y estimulo						
Me gustaría rendirme, pero no puedo						
Invento excusas para mis errores y fallas						
Siento que haga lo que haga, no está bien hecho						
Me da pánico en la crisis y pierdo el control por un tiempo prolongado						
Pienso que no puedo hacer todo lo que tengo que hacer						
Me impongo metas muy altas y un ritmo acelerado, a veces audazmente						

A	Nunca	B	Casi nunca	C	Ocasionalmente	D	Frecuentemente	E	Muy frecuentemente					
Pienso que tengo problemas personales que no me atrevo a contar														
Me gusta hacer las cosas tan rápido como me es posible														
Me impaciento conmigo mismo(a)y con los demás														
Escondo mis decepciones y sentimientos de enojo														
Soy muy desorganizado(a) y dejo muchas cosas sin terminar														
Tengo temor de que algo terrible vaya a pasar														
Me avergüenzo fácilmente														
Tengo que mentir y engañar para lograr mis propósitos														
Me es fácil relajarme														
Veo el lado bueno de las cosas														
Siento que el mundo ha sido bueno conmigo														
Tengo confianza en mi habilidad														
Tengo un sentido muy claro del bien y del mal														
Mi fe religiosa es muy fuerte														
Mis juicios y decisiones determinan la mayor parte de mi vida														
Me siento contento (a) conmigo mismo (a): me gusta ser como soy														
Participo y disfruto el entretenimiento														
Me mantengo en buen estado físico														
Tengo una vida bien organizada y bajo control														
Siento que puedo hacer realidad todos mis sueños														
Puedo aceptar la presión cuando es necesario														
Se necesita de mucho para lograr que me enoje														
Puedo canalizar mi estrés al trabajo productivo														
Me recupero rápidamente de situaciones estresantes														
Puedo vivir solo (a)														
Evito que el trabajo gobierne mi vida														
Siento que mis metas son realistas y alcanzables														
Mantengo la compostura en situaciones de conflicto														
Pienso que las dificultades que tengo tienen una razón de ser														
Es inútil esperar que las cosas salgan todo el tiempo como quiero														
Impido que la gente se aproveche de mí y tome ventaja														
Se que cualquier problema se resolverá de una manera u otra														
La gente sabe lo que hago y lo aprecia														

¡GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!

Referencias

Al Maqbali, M., Al Sinani, M., y Al-Lenjawi, B. (2021). Prevalence of stress, depression, anxiety and sleep disturbance among nurses during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *141*(110343), 110343. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110343

Alligood, M. R., y Tomey, A. M. (2010). *Teóricos de enfermería y su trabajo. Séptima*. edición, Mosby Elsevier.

Alonso-Fernández, F. (1997). *Psicopatología del trabajo*. Edika Med.

American Psychiatric Association, (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision (DSM-5-TR®): Test questions for the diagnostic criteria* (P. R. Muskin, A. L. Dickerman, A. Drysdale, y C. Holderness, Eds.).

Appley, M. H., y Trumbull, R. (1967). *Psychological stress: Issues in research*. Appleton-Century-Crofts. https://catalog.hathitrust.org/Record/000386978?utm

Atance-Martínez, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista española de salud pública*, *71*(3), 293–303. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttextypid=S1135-57271997000300008

Aydin Sayilan, A., Kulakaç, N., y Uzun, S. (2021). Burnout levels and sleep quality of COVID-19 heroes. *Perspectives in Psychiatric Care*, *57*(3), 1231–1236. https://doi.org/10.1111/ppc.12678

Barello, S., Palamenghi, L., y Graffigna, G. (2020). Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, *290*(113129), 113129. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113129

Basowitz, H., Persky, H., Kuper, S., y Sadow, L. (1955). *Anxiety and stress in man: A critique of the concept, "stimulus specificity" in stress theory*. Psychosomatic Medicine.

Basset Machado, I. (2008). *Síndrome de Burnout" en el profesionales de enfermería del Hospital de Psiquiatría. "Dr. Samuel Ramírez Moreno". Distrito Federal, México*. Universidad Autónoma del Estado de México Facultad de Enfermería y Obstetricia .

Basset Machado, I. (2012). *Relación de la Salud Mental, Estrés Laboral y Estrés Personal de los Recursos Humanos de Enfermería que Laboran en Instituciones de Psiquiatría en México. D. F*. Universidad Autónoma de Querétaro Facultad de Medicina.

Blanco Daza, M., de la Vieja-Soriano, M., Macip-Belmonte, S., y Tercero-Cano, M. D. C. (2022). Trastorno de estrés postraumático en enfermeras durante la pandemia de COVID-19. *Enfermería clínica*, *32*(2), 92–102. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.10.015

Buendía, J. (1998). *Estrés laboral y salud*. Editorial Biblioteca Nueva.

Burchfield, S. R. (1979). *The stress response: A new perspective*. Psychosomatic Medicine.

Caballol-Avendaño, F., Flores-Hoyos, A., Guerra-Cruz, J., Morales-Vizcarra, F., y Reynaldos-Grandón, K. L. (2021). PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERÍA EN PANDEMIA COVID-19: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA. *Revista de salud pública*, *26*(2), 48–59. https://doi.org/10.31052/1853.1180.v26.n2.33447

Calderón-de la Peña, G. A., Hernández-Cantú, E. I., Moreno-Flores, J. A., González-Ugalde, B. L., Hernández-García, M. E., y Cadena-Gil, F. (2022). Lesiones cutáneas en el personal sanitario secundarias al uso de equipo de protección personal frente al COVID-19. *Índex de enfermería*, 270–273. https://doi.org/10.58807/indexenferm20225171

Campo-Arias, A., y Herazo, E. (2014). Estigma y salud mental en personas víctimas del conflicto armado interno colombiano en situación de desplazamiento forzado. *Revista colombiana de psiquiatría*, *43*(4), 212–217. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.09.004

Cano Garcia, M., Ruiz-Blandón, D. A., Vergara-Vélez, I., y Chaverra-Gil, L. C. (2023). IMPACTO DEL ESTRÉS LABORAL EN EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DEL PERSONAL DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE MEDELLÍN, COLOMBIA. *Ciencia y enfermería (Impresa)*, *29*. https://doi.org/10.29393/ce29-31iemv50031

Cañadas-De la Fuente, G. A., Ortega, E., Ramírez-Baena, L., De la Fuente-Solana, E. I., Vargas, C., y Gómez-Urquiza, J. L. (2018). Gender, marital status, and children as risk factors for burnout in nurses: A meta-analytic study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(10), 2102. https://doi.org/10.3390/ijerph15102102

Cañadas-De la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R., y De la Fuente, E. I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, *52*(1), 240–249. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001

Castillo, M. (2008). *Salud Mental, Sociedad Contemporánea*. Ed. Universidad Autónoma del Estado de México.

Çelmeçe, N., y Menekay, M. (2020). The effect of stress, anxiety and burnout levels of healthcare professionals caring for COVID-19 patients on their quality of life. *Frontiers in Psychology*, *11*, 597624. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.597624

Chan, J. F.-W., Yuan, S., Kok, K.-H., To, K. K.-W., Chu, H., Yang, J., Xing, F., Liu, J., Yip, C. C.-Y., Poon, R. W.-S., Tsoi, H.-W., Lo, S. K.-F., Chan, K.-H., Poon, V. K.-M., Chan, W.-M., Ip, J. D., Cai, J.-P., Cheng, V. C.-C., Chen, H., … Yuen, K.-Y. (2020). A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet*, *395*(10223), 514–523. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30154-9

Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., He, L., Sheng, C., Cai, Y., Li, X., Wang, J., y Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet. Psychiatry*, *7*(4), e15–e16. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X

Cheung T. (2020). Mental health outcomes of nurses working in Hong Kong hospitals during the COVID-19 pandemic: The role of resilience and social support. *Journal of Affective Disorders*. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.

Chura Layme, T. Y. (2023). Estrés y percepción del profesional de enfermería durante la pandemia de COVID-19 en un hospital peruano. *Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería*, *3*(3), 36–43. https://doi.org/10.33326/27905543.2023.3.1845

Clayton, S. D. (2012). *The Oxford Handbook of Environmental and Conservation Psychology*. Oxford University Press.

Cohen, S., Kessler, R. C., y Gordon, L. U. (1982). *Measuring stress: A guide for health and social scientists*. Oxford University Press.

CONACYT. (2020). *COVID-19 tablero México*. https://datos.covid-19.conacyt.mx

Corrigan, P. W., y Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *1*(1), 16–20.

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

De Kock, J. H., Latham, H. A., Leslie, S. J., Grindle, M., Muñoz, S.-A., Ellis, L., Polson, R., y O'Malley, C. M. (2021). A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: implications for supporting psychological well-being. *BMC Public Health*, *21*(1), 104. https://doi.org/10.1186/s12889-020-10070-3

De la Fuente-Solana, E. I., Suleiman-Martos, N., Pradas-Hernández, L., Gomez-Urquiza, J. L., Cañadas-De la Fuente, G. A., y Albendín-García, L. (2019). Prevalence, related factors, and levels of burnout syndrome among nurses working in gynecology and obstetrics services: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(14), 2585. https://doi.org/10.3390/ijerph16142585

De Lima Marques Alves, C. y Saraiva Aguiar, R. 2022. Daños a la salud de los trabajadores de enfermería debido a la pandemia Covid-19: una revisión integradora. *Enfermería Global*. 21, 2 (abr. 2022), 517–566. https://doi.org/10.6018/eglobal.501511.

Deschamps Perdomo, A., Olivares Román, S. B., Rosa Zabala, K. L. D. la, y Asunsolo del Barco, Á. (2011). Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras. *Medicina y seguridad del trabajo*, *57*(224), 224–241. https://doi.org/10.4321/s0465-546x2011000300004

Díaz Hernández, M. A., Gorrostola Camargo, A. P., y Mendoza Romero, D. (2024). Work-related stress and quality of life in nurses during the Covid-19 pandemic. *Revista CUIDARTE*, *15*(1), e3042. https://doi.org/10.15649/cuidarte.3042

Ehrlich, H., McKenney, M., y Elkbuli, A. (2020). Protecting our healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *The American Journal of Emergency Medicine*, *38*(7), 1527–1528. https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.04.024

Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2020). *La OMS declara que el nuevo brote de coronavirus es una emergencia de salud pública de importancia internacional*. https://www.paho.org/es/noticias/30-1-2020-oms-declara-que-nuevo-brote-coronavirus-es-emergencia-salud-publica-importancia

Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2025). *Las mujeres ocupan menos del 30% de los cargos directivos en el sector salud en América Latina pese a representar el 72,8% del personal sanitario*. https://www.paho.org/es/noticias/23-1-2025-mujeres-ocupan-menos-30-cargos-directivos-sector-salud-america-latina-pese?

Fernández-Abascal, E. G. (1995). *Estrés*. E. G. Fernández-Abascal.

Fernández-Castillo, R.-J., González-Caro, M.-D., Fernández-García, E., Porcel-Gálvez, A.-M., y Garnacho-Montero, J. (2021). Intensive care nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Nursing in Critical Care*, *26*(5), 397–406. https://doi.org/10.1111/nicc.12589

Flo, E., Pallesen, S., Magerøy, N., Moen, B. E., Grønli, J., Hilde Nordhus, I., y Bjorvatn, B. (2012). Shift work disorder in nurses--assessment, prevalence and related health problems. *PloS One*, *7*(4), e33981. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0033981

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *The Journal of Social Issues*, *30*(1), 159–165. https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x

Galanis, P., Vraka, I., Fragkou, D., Bilali, A., y Kaitelidou, D. (2021). Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *77*(8), 3286–3302. https://doi.org/10.1111/jan.14839

Ghahramani, S., Lankarani, K. B., Yousefi, M., Heydari, K., Shahabi, S., & Azmand, S. (2021). A systematic review and meta-analysis of burnout among healthcare workers during COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 758849. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.758849

García-Avendaño, Parra-Domínguez, Quiroga-López, Rodríguez-Rueda, García-Salas, y Ortiz-Ríos, O.-R. (2023). ANSIEDAD EN EL PROFESIONALES DE ENFERMERÍA TRAS LA PANDEMIA SARS-COV2. *Revista sanitaria de investigación*, *IV*(06). https://doi.org/10.34896/rsi.2023.17.37.001

Ghozy, S., Cross, W. M., Islam, S., Al-Mawali, A. H., AlQurashi, A. A., Hamza, A., Joseph, B., Banik, B., Elsori, D. H., Sultana, F., Yasmin, F., Mahmud, I., Lam, L., Hammoud, M., Salehin, M., Keblawi, M. A., Eltewacy, N. K., Al Laham, N., El-Khazragy, N., … Rahman, M. A. (2022). Psychological impact of COVID-19 on healthcare workers: cross-sectional analyses from 14 countries. *Global Mental Health (Cambridge, England)*, *9*, 328–338. https://doi.org/10.1017/gmh.2022.35

Gil-Monte, P. (2003). *El síndrome de quedarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería*. https://www.researchgate.net/publication/263161122_El_sindrome_de_quemarse_por_el_trabajo_sindrome_de_burnout_en_profesionales_de_enfermeria

Gil Monte, P.R. y Peiró, J.M. (1999). REVISIÓN DE MODELOS Y PERSPECTIVAS TEÓRICAS PARA EL ESTUDIO DEL DESGASTE PROFESIONAL. *Anales de Psicología* , *15* (2), 261-268. Recuperado de https://revistas.um.es/analesps/article/view/30161

Gómez, X. (2008). *Guía de prevención de Burnout para profesionales de cuidados paliativos*. ARÁN.

Gómez-Salgado, J., Domínguez-Salas, S., Romero-Martín, M., Romero, A., Coronado-Vázquez, V., y Ruiz-Frutos, C. (2021). Work engagement and psychological distress of health professionals during the COVID-19 pandemic. *Journal of Nursing Management*, *29*(5), 1016–1025. https://doi.org/10.1111/jonm.13239

González-Gil, M. T., Oter-Quintana, C., Martínez-Marcos, M., Alcolea-Cosín, M. T., Navarta-Sánchez, M. V., Robledo-Martín, J., Palmar-Santos, A., Pedraz-Marcos, A., González-Blázquez, C., Parro-Moreno, A. I., y Otero-García, L. (2022). El valor del recurso humano: experiencia de profesionales enfermeros de cuidados críticos durante la pandemia por COVID-19. *Enfermería intensiva*, *33*(2), 77–88. https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.09.005

González-Ramírez, M. T., Quezada-Berumen, L., y Landero-Hernández, R. (2021). Longitudinal study of the psychological impact of the contingency response to COVID-19 in Mexico. *Universitas Psychologica*, *19*, 1–10. https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy19.lspi

Gutiérrez, y Osterman. (1994). *Salud mental, estrés y trabajo en Profesionales de la Salud, SWS-Survey*. UNAM.

Hernández-Lira, S., Reyes-Gómez, U., Reyes-Hernández, K. L., Perea-Martínez, A., Reyes-Hernández, M. U., López-Cruz, G., Quero-Hernández, A., Ríos-Gallardo, P. T., Santiago-Lagunes, L. M., Yalaupari-Mejía, J. P., Arellano-Galindo, J., Chuck-Sepúlveda, J. A., y Cuevas-López, L. L. (2023). Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental del personal de salud. *Salud Jalisco*, *10*(2), 91–97. https://doi.org/10.35366/112487

Holmes, T. H., y Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, *11*(2), 213–218. https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4

Hou, T., Zhang, T., Cai, W., Song, X., Chen, A., Deng, G., y Ni, C. (2020). Social support and mental health among health care workers during Coronavirus Disease 2019 outbreak: A moderated mediation model. *PloS One*, *15*(5), e0233831. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233831

Hu, D., Kong, Y., Li, W., Han, Q., Zhang, X., Zhu, L. X., Wan, S. W., Liu, Z., Shen, Q., Yang, J., He, H.-G., y Zhu, J. (2020). Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *EClinicalMedicine*, *24*(100424), 100424. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100424

Huang, Y., y Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, *288*(112954), 112954. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954

International Council of Nurses (ICN), (2014). *Nursing definitions*. https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions

International Council of Nurses ICN. (2021). *COVID-19 UPDATE*.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). (2023). *Estrés laboral*. Portal INSST. https://www.insst.es/materias/riesgos/riesgos-psicosociales/estres-laboral

Jiang, S., Du, L., y Shi, Z. (2020). An emerging coronavirus causing pneumonia outbreak in Wuhan, China: calling for developing therapeutic and prophylactic strategies. *Emerging Microbes y Infections*, *9*(1), 275–277. https://doi.org/10.1080/22221751.2020.1723441

Joo, J. Y., y Liu, M. F. (2021). Nurses' barriers to caring for patients with COVID-19: a qualitative systematic review. *International Nursing Review*, *68*(2), 202–213. https://doi.org/10.1111/inr.12648

Joshi, G., y Sharma, G. (2020). Burnout: A risk factor amongst mental health professionals during COVID-19. *Asian Journal of Psychiatry*, *54*(102300), 102300. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102300

Jun, J., Tucker, S., y Melnyk, B. M. (2020). Clinician mental health and well-being during global healthcare crises: Evidence learned from prior epidemics for COVID-19 pandemic. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *17*(3), 182–184. https://doi.org/10.1111/wvn.12439

Keršytė, I., Mikaliūkštienė, A., y Fatkulina, N. (2022). Stress in nurses during the COVID 19 pandemic. *Slauga. Mokslas ir praktika*, *3*(3 (303)). https://doi.org/10.47458/slauga.2022.3.7

Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, *43*(2), 207–222. https://doi.org/10.2307/3090197

Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., y Ilic, D. (2015). Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *12*(1), 652–666. https://doi.org/10.3390/ijerph120100652

Kisely, S., Warren, N., McMahon, L., Dalais, C., Henry, I., Y Siskind, D. (2020). Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *369*, m1642. https://doi.org/10.1136/bmj.m1642

Labrague, L. J., y De Los Santos, J. A. A. (2020). COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organizational support, personal resilience and social support. *Journal of Nursing Management*, *28*(7), 1653–1661. https://doi.org/10.1111/jonm.13121

Labrague, L. J., y de Los Santos, J. A. A. (2021). Fear of COVID-19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among frontline nurses. *Journal of Nursing Management*, *29*(3), 395–403. https://doi.org/10.1111/jonm.13168

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., y Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, *3*(3), e203976. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976

Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. McGraw-Hill.

Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping* (Springer Publishing Company, Ed.).

Lee, J. S. Y., y Akhtar, S. (2007). Job burnout among nurses in Hong Kong: Implications for human resource practices and interventions. *Asia Pacific Journal of Human Resources*, *45*(1), 63–84. https://doi.org/10.1177/1038411107073604

Leka, S., Jain, A., y World Health Organization. (2010). *Health impact of psychosocial hazards at work: an overview*. World Health Organization.

Liu, C.-Y., Yang, Y.-Z., Zhang, X.-M., Xu, X., Dou, Q.-L., Zhang, W.-W., y Cheng, A. S. K. (2020). The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: a cross-sectional survey. *Epidemiology and Infection*, *148*(e98), e98. https://doi.org/10.1017/S0950268820001107

López, A., Cavalheiro, A., y Faria, D. (2008). *El Estrés de los Enfermeros que actúan en una unidad de terapia intensiva*. Rev Lat Am Enfermagem.

Luceño-Moreno, L., Talavera-Velasco, B., García-Albuerne, Y., y Martín-García, J. (2020). Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, depression, levels of resilience and burnout in Spanish health personnel during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(15), 5514. https://doi.org/10.3390/ijerph17155514

Maben, J., y Bridges, J. (2020). Covid-19: Supporting nurses' psychological and mental health. *Journal of Clinical Nursing*, *29*(15–16), 2742–2750. https://doi.org/10.1111/jocn.15307

Manero, P. (2022, enero 14). 6 Usos de los Muestreos de investigación para 2022. *Agencia de investigación, estudio e inteligencia de Mercados*. https://blog.estudiocontar.com/2022/01/14/usos-de-los-muestreos-de-investigacion/

Manzano García, G., y Ayala Calvo, J. C. (2021). The threat of COVID-19 and its influence on nursing staff burnout. *Journal of Advanced Nursing*, *77*(2), 832–844. https://doi.org/10.1111/jan.14642

Maqsood, M. B., Ishaqui, A. A., Shaheen, S., Almutairi, S. M., Ahmad, S. A., Imran, M., Ahmed, Z., Farooq, J., Al Arab, M., y Akbar, Z. (2024). Impact of sociodemographic characteristics on the quality of life of frontline nursing staff during COVID-19 in Saudi Arabia. *Cureus*, *16*(6), e63263. https://doi.org/10.7759/cureus.63263

Martínez Arriaga, R. J., González Ramírez, L. P., Navarro Ruiz, N. E., De la Roca -Chiapas, J. M., y Reynoso González, O. U. (2021). Resiliencia asociada a factores de salud mental y sociodemográficos en enfermeros mexicanos durante COVID-19. *Enfermería global*, *20*(3), 1–32. https://doi.org/10.6018/eglobal.452781

Martínez-López, J. Á., Lázaro-Pérez, C., Gómez-Galán, J., y Fernández-Martínez, M. D. M. (2020). Psychological impact of COVID-19 emergency on health professionals: Burnout incidence at the most critical period in Spain. *Journal of Clinical Medicine*, *9*(9), 3029. https://doi.org/10.3390/jcm9093029

Martínez-Ponce, D., Amat-Traconis, M. A., Cala-Rosabal, L. Y., Chapan-Xolio, E., Valenzuela-Velázquez, L., y Lecourtois-Amézquita, M. G. (2023). Psychological repercussions on nursing staff due to the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Journal of Healthcare Quality Research*, *38*(1), 3–10. https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2022.08.005

Maslach, C., y Leiter, M. P. (2016). *Burnout: The cost of caring*. Malor Books.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., y Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, *52*(1), 397–422. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397

Maslach, C, y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, *2*(2), 99–113. https://doi.org/10.1002/job.4030020205

Maslach, y Jackson. (1986). *Manual del Inventario de Agotamiento de Maslach*. Consulting Psychologists Press.

McEwen, B. S., y Stellar, E. (1993). Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. *Archives of Internal Medicine*, *153*(18), 2093–2101. https://doi.org/10.1001/archinte.153.18.2093

McGrath, J. E. (1970). *A conceptual formulation for research on stress*. In J. E. McGrath.

Mensinger, J. L., Brom, H., Havens, D. S., Costello, A., D'Annunzio, C., Durning, J. D., Bradley, P. K., Copel, L., Maldonado, L., Smeltzer, S., Yost, J., y Kaufmann, P. (2022). Psychological responses of hospital-based nurses working during the COVID-19 pandemic in the United States: A cross-sectional study. *Applied Nursing Research: ANR*, *63*(151517), 151517. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151517

Miller, N. E. (1997). *Principles of neuropsychology*. W. H. Freeman.

Molina-Praena, J., Ramírez-Baena, L., Gómez-Urquiza, J. L., Cañadas, G. R., De la Fuente, E. I., y Cañadas-De la Fuente, G. A. (2018). Levels of burnout and risk factors in medical area nurses: A meta-analytic study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(12), 2800. https://doi.org/10.3390/ijerph15122800

Morgantini, L. A., Naha, U., Wang, H., Francavilla, S., Acar, Ö., Flores, J. M., Crivellaro, S., Moreira, D., Abern, M., Eklund, M., Vigneswaran, H. T., y Weine, S. M. (2020). Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: A rapid turnaround global survey. *PloS One*, *15*(9), e0238217. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238217

Olff, M. (2017). Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder: an update. *European Journal of Psychotraumatology*, *8*(sup4), 1351204. https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1351204

Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2019). *El profesionales de enfermería es esencial para avanzar hacia la salud universal* .https://www.paho.org/es/noticias/9-5-2019-personal-enfermeria-es-esencial-para-avanzar-hacia-salud-universal?

Organización de las Naciones Unidas (2006). Www.un.org. https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf

Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V., Papoutsi, E., y Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, *88*, 901–907. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026

Parola, V., Coelho, A., Cardoso, D., Sandgren, A., y Apóstolo, J. (2017). Burnout in palliative care settings compared with other settings: A systematic review. *Journal of Hospice and Palliative Nursing: JHPN: The Official Journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, *19*(5), 442–451. https://doi.org/10.1097/njh.0000000000000370

Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M. J. D., Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., … UnÜtzer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*, *392*(10157), 1553–1598. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X

Pearlin, L. I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, *30*(3), 241–256. https://doi.org/10.2307/2136956

Peregrín, P. P. (2024, noviembre 11). *El 84% de las enfermeras de la Región de Murcia sufre estrés y ansiedad por la presión asistencial*. Cadena SER. https://cadenaser.com/murcia/2024/11/11/el-84-de-las-enfermeras-de-la-region-de-murcia-sufre-estres-y-ansiedad-por-la-presion-asistencial-radio-murcia/

Pines, A. (1983). Sobre el agotamiento y los efectos amortiguadores del apoyo social. En B. A. Farber (Ed.), *Estrés y agotamiento en las profesiones de servicios humanos* (págs. 155-174). Nueva York: Pergamon Press.

Quiceno, J., y Alpi, S. V. (2007). BURNOUT: "SÍNDROME DE QUEMARSE EN EL TRABAJO (SQT)". *Acta Colombiana de Psicología*, *10*(2), 117–125. http://scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttextypid=s0123-91552007000200012

Quintana-Zavala, M. O., Paravic Klinj, T., y Saenz-Carrillo, K. L. (2016). Quality of life in the workplace for nursing staff at public healthcare institutions. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *24*, e2713. https://doi.org/10.1590/1518-8345.1149.2713

Ramírez-Baena, L., Ortega-Campos, E., Gomez-Urquiza, J. L., Cañadas-De la Fuente, G. R., De la Fuente-Solana, E. I., y Cañadas-De la Fuente, G. A. (2019). A multicentre study of burnout prevalence and related psychological variables in medical area hospital nurses. *Journal of Clinical Medicine*, *8*(1), 92. https://doi.org/10.3390/jcm8010092

Reyes, A. V., Bosch, E. S., y de la Torre, G. S. G. (2020). *¿Cómo ha afectado la pandemia COVID-19 al personal de salud en México?* Unam.mx. https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/03/COVID-19-No.10-05-Personal-de-Salud.pdf

Reyes-Laris, P., Medina-de la Cruz, O., Rosas-Cortez, N., Aceves-Pulido, M. P., y Gallegos-García, V. (2023). Burnout en profesionales de enfermería durante la pandemia por COVID-19 en un hospital público. *REVMEDUAS*, *13*(2), 164–174. https://doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v13.n2.005

Ribera Domene, D., Cartagena de la Peña, E., Reig-Ferrer, A., Romá-Ferri, M. T., Sans Quintero, M. I., y Caruana Vañó, A. (1993). *Estrés laboral y salud en profesionales de enfermería: estudio empírico en la provincia de Alicante*. Universidad de Alicante. Secretariado de Publicaciones.

Robles-Pérez, E., González-Díaz, B., Miranda-García, M., y Borja-Aburto, V. H. (2021). Infection and death by COVID-19 in a cohort of healthcare workers in Mexico. *Scandinavian Journal of Work, Environment y Health*, *47*(5), 349–355. https://doi.org/10.5271/sjweh.3970

Romero, C. S., Delgado, C., Catalá, J., Ferrer, C., Errando, C., Iftimi, A., Benito, A., de Andrés, J., Otero, M., y PSIMCOV group*. (2020). COVID-19 psychological impact in 3109 healthcare workers in Spain: The PSIMCOV group. *Psychological Medicine*, *52*(1), 188–194. https://doi.org/10.1017/S0033291720001671

Ruiz-Fernández, M. D., Ramos-Pichardo, J. D., Ibáñez-Masero, O., Cabrera-Troya, J., Carmona-Rega, M. I., y Ortega-Galán, Á. M. (2020). Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived

stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. *Journal of Clinical Nursing*, *29*(21–22), 4321–4330. https://doi.org/10.1111/jocn.15469

Ryff, C. D., Y Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, *9*(1), 13–39. https://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0

Sagherian, K., Cho, H., y Steege, L. M. (2022). The insomnia, fatigue, and psychological well-being of hospital nurses 18 months after the COVID-19 pandemic began: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, *33*(1), 273–287. https://doi.org/10.1111/jocn.16451

Sagherian, K., McNeely, C. A., y Steege, L. M. (2021). Did rest breaks help with acute fatigue among nursing staff on 12-h shifts during the COVID-19 pandemic? A cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, *77*(12), 4711–4721. https://doi.org/10.1111/jan.14944

Salazar de Pablo, G., Vaquerizo-Serrano, J., Catalan, A., Arango, C., Moreno, C., Ferre, F., Shin, J. I., Sullivan, S., Brondino, N., Solmi, M., y Fusar-Poli, P. (2020). Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *275*, 48–57. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.022

Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., y Andrade, S. M. de. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PloS One*, *12*(10), e0185781. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781

Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*. https://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-65.pdf

Selye, H. (1976). *The stress of life*. Mc Graw-Hill. https://archive.org/details/stressoflife00sely

Selye, Hans. (1936). A Syndrome produced by Diverse Nocuous Agents. *Nature*, *138*(3479), 32–32. https://doi.org/10.1038/138032a0

Serna Corredor, D. S., y Martínez Sánchez, L. M. (2020). Burnout en el personal del área de salud y estrategias de afrontamiento. *CCH. Correo científico de Holguín*, *24*(1), 372–387. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextypid=S1560-43812020000100372ylng=esytlng=es

Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., West, C. P., Sloan, J., y Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general

US population. *Archives of Internal Medicine*, *172*(18), 1377–1385. https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199

Shechter, A., Diaz, F., Moise, N., Anstey, D. E., Ye, S., Agarwal, S., Birk, J. L., Brodie, D., Cannone, D. E., Chang, B., Claassen, J., Cornelius, T., Derby, L., Dong, M., Givens, R. C., Hochman, B., Homma, S., Kronish, I. M., Lee, S. A. J., … Abdalla, M. (2020). Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *General Hospital Psychiatry*, *66*, 1–8. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.06.007

Sierra, J., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, *3*(1), 10–59. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttextypid=S1518-61482003000100002ylng=ptytlng=es.

Suárez, V., Suarez Quezada, M., Oros Ruiz, S., y Ronquillo De Jesús, E. (2020). Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020. *Revista Clínica Española*, *220*(8), 463–471. https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.05.007

Torres, B. (2023, abril 30). *México: alarmantes cifras de estrés laboral*. UNAM Global - De la comunidad para la comunidad; UNAM Global. https://unamglobal.unam.mx/global_revista/mexico-alarmantes-cifras-de-estres-laboral

Turner, R. J., Wheaton, B., y Lloyd, D. A. (1995). The epidemiology of social stress. *American sociological review*, *60*(1), 104. https://doi.org/10.2307/2096348

Urpeque García, R., y Cortez Vidal, M. S. (2022). *Estado de salud mental en personal de salud frente al COVID-19 de un hospital III–1, Chiclayo – 2020*. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstractypid=S2223-30322022000100081ylng=esynrm=isoytlng=es

Ursin, H., y Eriksen, H. R. (2004). The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology*, *29*(5), 567–592. https://doi.org/10.1016/S0306-4530(03)00091-X

Urzúa, A., Samaniego, A., Caqueo-Urízar, A., Zapata Pizarro, A., y Irarrázaval Domínguez, M. (2020). Mental health problems among health care workers during the COVID-19 pandemic. *Revista médica de Chile*, *148*(8), 1121–1127. https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000801121

Veloz, A. F. V., Pachacama, N. R. A., Segovia, C. M. M., Veloz, E. C. T., y Veloz, M. F. V. (2021). Síndrome de Burnout en personal sanitario ecuatoriano durante la pandemia de la COVID-19. *Correo Científico Médico*, *25*(2). https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3808

Vizheh, M., Qorbani, M., Arzaghi, S. M., Muhidin, S., Javanmard, Z., y Esmaeili, M. (2020). The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*, *19*(2), 1967–1978. https://doi.org/10.1007/s40200-020-00643-9

Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G., y Gao, G. F. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet*, *395*(10223), 470–473. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30185-9

World Health Organization (WHO), (2001). Who.int. https://www.who.int/

World Health Organization (WHO), (2005). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. https://www.who.int/publications/i/item/9241562943

World Health Organization (WHO), *(2019). Mental health gap action programme (mhGAP).* https://www.emro.who.int/mnh/mental-health-gap-action-programme/index.html

World Health Organization (WHO), *(2019). Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it*. https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it

World Health Organization (WHO), (2020). Mental health. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

World Health Organization (WHO), (2021). Suicide worldwide in 2019. https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643

World Health Organization (WHO), (2021). Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030.https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029

World Health Organization (WHO), (2022). World mental health report: Transforming mental health for all - executive summary. https://www.who.int/publications/i/item/9789240050860

World Health Organization (WHO), (2022). European Framework for Action on Mental Health 2021–2025. https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057813

Woo, T., Ho, R., Tang, A., y Tam, W. (2020). Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, *123*, 9–20. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.12.015

Wu, Y., Wang, J., Luo, C., Hu, S., Lin, X., Anderson, A. E., Bruera, E., Yang, X., Wei, S., y Qian, Y. (2020). A comparison of burnout frequency among oncology physicians and nurses working on the frontline and usual wards during the COVID-19 epidemic in Wuhan, China. *Journal of Pain and Symptom Management*, *60*(1), e60–e65. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.008

Yang, J., Chen, Y., Tian, Y., Li, X., Yu, Q., Huang, C., Chen, Z., Ning, M., Li, S., He, J., Du, J., Huang, B., y Li, Y. (2024). Risk factors and consequences of mental health problems in nurses: A scoping review of cohort studies. *International Journal of Mental Health Nursing*, *33*(5), 1197–1211. https://doi.org/10.1111/inm.13337

Zambrano, G. (2006). *Estresores en las Unidades de Cuidado Intensivo*. Aquichan.

Zhang, C., Yang, L., Liu, S., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Du, H., Li, R., Kang, L., Su, M., Zhang, J., Liu, Z., y Zhang, B. (2020). Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staff involved in the 2019 novel Coronavirus disease outbreak. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 306. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00306

Zheng, R., Zhou, Y., Fu, Y., Xiang, Q., Cheng, F., Chen, H., Xu, H., Fu, L., Wu, X., Feng, M., Ye, L., Tian, Y., Deng, R., Liu, S., Jiang, Y., Yu, C., y Li, J. (2021). Prevalence and associated factors of depression and anxiety among nurses during the outbreak of COVID-19 in China: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, *114*(103809), 103809. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103809