

## FACTORES ASOCIADOS AL BIENESTAR PSICOLÓGICO EN EL PERSONAL DE SALUD A CINCO AÑOS DE LA PANDEMIA POR COVID-19

FACTORS ASSOCIATED WITH PSYCHOLOGICAL WELL-BEING IN  
HEALTH PERSONNEL FIVE YEARS AFTER THE COVID-19 PANDEMIC

**Arturo Enrique Orozco Vargas, Yenit Martínez Garduño**

Universidad Autónoma del Estado de México, México

*Correspondencia:* aeorozcov@uamex.mx

### Resumen

El personal de salud fue determinante en la contención de la pandemia por COVID-19. A cinco años de haber iniciado la pandemia, esta investigación examinó por primera vez los factores de riesgo y protección empleados por este sector y sus efectos en el bienestar psicológico. Con la finalidad de lograr un análisis más profundo, se diseñaron dos modelos. Para los factores de riesgo, el objetivo fue examinar la relación entre las estrategias desadaptativas de regulación emocional, ansiedad, depresión, estrés y bienestar psicológico en el personal de salud. Por otra parte, para los factores de protección se examinó la relación entre las experiencias positivas ante las adversidades, las estrategias adaptativas de regulación emocional, la consciencia plena y el bienestar psicológico. Los resultados mostraron que el factor de riesgo más importante para el bienestar psicológico del personal de salud fue la ansiedad seguido muy de cerca de la depresión. Por otra parte, con respecto a los factores de protección, la consciencia plena

fue el predictor más significativo junto con las estrategias adaptativas de regulación emocional.

**Palabras clave:** Bienestar, Estrés, Ansiedad, Depresión, Emociones

### Abstract

Health personnel were decisive in containing the COVID-19 pandemic. Five years after the start of the pandemic, this research examined for the first time the risk and protective factors used by this sector and their effects on psychological well-being. In order to achieve a deeper analysis, two models were designed. For risk factors, the objective was to examine the relation between maladaptive emotion regulation strategies, anxiety, depression, stress, and psychological well-being in health personnel. On the other hand, for protective factors, the relation between positive experiences in the face of adversity, adaptive strategies for emotion regulation, mindfulness, and psychological well-being were examined. The results showed that the most important risk factor for the psychological well-being of health personnel was anxiety, closely followed by depression. On the other hand, with respect to protective factors, mindfulness was the most significant predictor together with adaptive emotion regulation strategies. These findings allow us to understand that five years after the start of the COVID-19 pandemic, health personnel have used several mechanisms to increase their psychological well-being.

**Keywords:** Well-being, Stress, Anxiety, Depression, Emotions

### Introducción

Después de haberse identificado en el 2019 los primeros casos del virus SARS-CoV-2 en China, la Organización Mundial de la Salud (OMS) decretó, el 30 de enero del 2020, que el COVID-19 tenía que considerarse como una emergencia de salud pública internacional y semanas más tarde, el

11 de marzo de 2020, la misma OMS la declaró una pandemia (Talevi et al., 2020). A partir de esa fecha, cada país ha presentado diferentes patrones en el número de casos y muertes provocados por la pandemia por COVID-19. Uno de los grupos poblacionales más afectados en todo el mundo ha sido el personal de salud. Mientras que otros grupos de trabajadores redujeron o detuvieron sus actividades presenciales, los médicos, enfermeras y otros miembros del personal sanitario incrementaron sustancialmente su trabajo y responsabilidades laborales durante los meses más críticos de la pandemia (Rind et al., 2020).

Durante los meses de pandemia y en la etapa postCOVID-19, el personal de salud ha enfrentado constantemente múltiples factores de riesgo entre los que se encuentran las preocupaciones con respecto a su salud física y la de sus familiares, la muerte de las personas que los rodean, las presiones propias de la labor médica, la mayor probabilidad de infectarse de COVID-19, la incertidumbre de lo que puede ocurrir en el futuro y diversos trastornos mentales (e.g., Aymerich et al., 2022; Bell y Wade, 2021). Derivado de las condiciones propias de su actividad profesional y de los servicios que prestaron a la población, el personal de salud ha reportado un incremento significativo en los trastornos de la alimentación, apatía, fatiga, anhedonia (Alvarado y Tapia, 2020), burnout, estrés ocupacional (Bruria et al., 2022), insomnio, trastorno de estrés postraumático (Robles et al., 2021), así como un deterioro en su calidad del sueño (Salari et al., 2020).

Estos factores han menoscabado la salud mental del personal de salud y particularmente su bienestar psicológico. De acuerdo con el modelo propuesto por Ryff (1989), el bienestar psicológico se define como la percepción de la calidad de vida la cual refleja la experiencia y el desempeño psicológico favorable. Este constructo implica también la evaluación

que realizar una persona de los eventos y situaciones que experimenta cotidianamente. Teniendo en cuenta que el bienestar psicológico es multifactorial, Ryff (1989) basó sus postulados teóricos en la tradición eudaimonista enfatizando con ello los valores y experiencias que propician la autorrealización. Resultado de ello, propuso seis categorías inherentes al bienestar psicológico. La primera de ellas la denominó Autonomía la cual implica la confianza e independencia que la persona tiene en sus pensamientos y comportamiento sin requerir la aprobación de los otros. Las Relaciones positivas con otras personas describe la capacidad para establecer vínculos que permitan el crecimiento de uno.

Asimismo, el Dominio del entorno hace referencia al manejo adecuado de las circunstancias que vive la persona. La cuarta categoría se denomina Propósito en la vida y se centra en las metas que tiene la persona y su sentido último. A su vez, la Autoaceptación enfatiza la percepción objetiva de los aspectos buenos y malos de uno. Finalmente, el Crecimiento personal describe los esfuerzos que hace la persona para potenciar todas sus capacidades y atributos (Ryff, 1989). Durante la pandemia y en la etapa postCOVID-19, estas seis áreas inherentes al bienestar psicológico del personal de salud se deterioraron gravemente afectando directamente su salud mental. Aunque se tiene registro de estas afectaciones en el momento más difícil de la pandemia (e.g., Badahdah et al., 2020; Denning et al., 2021; Philip y Cherian, 2020), actualmente se desconocen las secuelas a largo plazo.

Dentro del amplio conjunto de trastornos y disfunciones que afectan el bienestar psicológico de la población y particularmente del personal de salud, destacan por sus efectos directos e indirectos la ansiedad, el estrés y la depresión. Diversas investigaciones llevadas a cabo en todo el mundo

han documentado que el personal de salud reportó niveles más altos de depresión, ansiedad y estrés como consecuencia de su labor durante los meses de pandemia (e.g., Chew et al., 2020; Pappa et al., 2020; Sahebi et al., 2021; Uphoff et al., 2021).

A partir de las primeras investigaciones publicadas en el 2020, en la literatura científica se han documentado ampliamente los efectos de la ansiedad, el estrés y la depresión en el personal de salud. Sin embargo, a cinco años de haberse presentado los primeros casos y defunciones por COVID-19, son cada vez más escasas las investigaciones que se llevan a cabo. Debido a la importancia que tiene el personal de salud para la población de cualquier país, es necesario seguir poniendo atención en las posibles secuelas que pueden seguir presentando en su salud mental. El hecho de haber estado expuestos durante más de dos años a pacientes infectados con el SARS-CoV-2 provoca que el personal de salud se encuentre más vulnerable a diversos trastornos y alteraciones mentales como la ansiedad, estrés postraumático, depresión, insomnio y estrés (e.g., Gold, 2020; Wright et al., 2020).

Aunque estos factores de riesgo han dañado significativamente su salud mental, el personal de salud cuenta también con diversos recursos materiales e intangibles que le permiten salvaguardar su salud mental. Entre ellos se encuentran las estrategias de regulación emocional. De acuerdo con McRae y Gross (2020), la regulación emocional se refiere a los mecanismos empleados por la persona para modificar lo que sentimos, el momento en que experimentamos emociones y la manera en que usamos las emociones para guiar nuestro comportamiento. Dentro de las distintas estrategias emocionales que se han documentado en la literatura científica (Aceptación, Focalización Positiva, Reinterpretación Positiva, Poner en

Perspectiva, Focalización en los Planes, Autoculparse, Rumiación, Culpar a Otros y Catastrofización) destaca por su importancia la Consciencia plena. Esta estrategia permite que la persona identifique y acepte de forma consciente las emociones tal y como se experimentan evitando formular juicios referentes al origen y desarrollo de las emociones. La consciencia plena no solamente posibilita la comprensión de las emociones de forma integral sin quitarles su propio valor y sin la necesidad de minimizarlas, sino también reduce las probabilidades de reaccionar de forma instintiva ante diversos sucesos (generalmente negativos) minimizando sus consecuencias (Brown et al., 2015).

En este contexto en el cual se combinan los factores de protección y riesgo que experimenta el personal de salud y con la finalidad de proporcionar información científica que permita analizar la salud mental del personal de salud a cinco años del inicio de la pandemia por COVID-19, el objetivo de esta investigación es examinar los efectos de estos factores en el bienestar psicológico del personal de salud. Para lograr tal fin, se diseñaron dos modelos. El primero de ellos, para los factores de protección, tiene el objetivo de examinar la relación entre las experiencias positivas ante las adversidades, las estrategias adaptativas de regulación emocional, la consciencia plena y el bienestar psicológico. Por otra parte, el objetivo para los factores de riesgo fue examinar la relación entre las estrategias desadaptativas de regulación emocional, ansiedad, depresión, estrés y bienestar psicológico en el personal de salud.

Derivado de estos objetivos, se propusieron las siguientes hipótesis: 1) las experiencias positivas ante las adversidades, las estrategias adaptativas de regulación emocional y la consciencia plena pueden predecir el bienestar psicológico aumentando los niveles de esta variable; 2) las estrategias

desadaptativas de regulación emocional, la ansiedad, la depresión y el estrés pueden predecir el bienestar psicológico disminuyendo los niveles de esta variable. Por otra parte, la inmensa mayoría de las investigaciones han incluido a enfermeros/as y médicos/as como parte de su muestra. Sin embargo, solo muy pocas han comparado directamente a estos dos grupos (Kunz et al., 2021). Con la finalidad de proveer más evidencias científicas con respecto a la experiencia de ambos grupos a cinco años del inicio de la pandemia, se llevaron a cabo diversos análisis incluyendo las variables de estudio enfocándonos en las diferencias potenciales entre enfermeros/as y médicos/as.

## Método

### Participantes

Los participantes de esta investigación forman parte del personal de salud adscrito a una dependencia gubernamental mexicana localizada en el centro del país. Este personal de salud trabaja como médicos/médicas y enfermeros/enfermeras quienes trabajan en diversos hospitales, clínicas de salud y la jefatura de esta dependencia. La muestra final estuvo conformada por 188 participantes de los cuales el 44.7% trabajan como enfermeras/enfermeros, el 55.3% labora como médicas/médicos. Para estimar el tamaño de la muestra seguimos los criterios propuestos por Tabachnick y Fidell (2019) siguiendo la fórmula  $N \geq 50 + 8m$  (donde m es el número de predictores). La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas y profesionales de los participantes, así como las puntuaciones reportadas en el bienestar psicológico que funge como la variable de criterio. Como puede observarse, se encontraron dos diferencias estadísticamente significativas las cuales muestran que son los hombres y los médicos quienes reportaron niveles más altos de bienestar psicológico.

**Tabla 1. Características demográficas de los participantes y análisis univariante de los factores asociados al bienestar psicológico**

Variables	N (%)	Bienestar psicológico		
		Media (DE)	t/F	P
<b>Sexo</b>			3.819	< 0.001
Mujer	114 (60.63)	139.95 (21.70)		
Hombre	74 (39.37)	147.72 (23.55)	1.126	0.582
<b>Edad</b>				
22-41	97 (46.7)	141.26 (19.63)		
42-68	111 (53.3)	143.67 (20.21)		
<b>Nivel educativo</b>			1.278	0.283
Carrera técnica	42 (20.2)	143.53 (19.42)		
Licenciatura	134 (64.4)	142.08 (20.52)		
Posgrado	32 (15.4)	144.45 (20.68)		
<b>Profesión</b>			4.774	0.040
Enfermero/a	84 (40.9)	140.98 (19.82)		
Médico/a	104 (44.2)	145.89 (22.86)		

### Instrumentos

Para la medición del estrés, la ansiedad y la depresión se utilizó la escala DASS (Depression, Anxiety, and Stress Scales 42 (DASS-42); Lovibond y Lovibond, 1995). Esta escala contiene 42 reactivos divididos en tres escalas incluyendo 14 reactivos en cada una. El objetivo de este instrumento es proporcionar una medición de los síntomas presentes en la depresión, ansiedad y estrés. Para esta investigación se empleó la versión en español propuesta por Bodos et al. (2005). La escala ha reportado niveles aceptables de consistencia interna con alfas de Cronbach que oscilan entre .84 para la ansiedad, .90 para el estrés y .91 para la depresión. Asimismo, mostró índices apropiados en los análisis de validez convergente (Lovibond y Lovibond, 1995).

De acuerdo con los creadores de la escala, los umbrales para considerar como normal a la depresión, ansiedad y estrés se ubican respectivamente en 9, 7 y 14. Cuando las puntuaciones superan estos valores es posible identificar la severidad de los síntomas de cada trastorno. Particularmente, la depresión leve oscila entre 10 y 13, la depresión moderada entre 14 y 20, y la depresión severa oscila entre 21 y 27, finalmente la depresión extremadamente severa entre 28 y 42. Para el caso de la ansiedad, las puntuaciones se dividen en ansiedad leve entre 8 y 9, ansiedad moderada de 10 a 14, la ansiedad severa oscila entre 15 y 19, y finalmente, la ansiedad extremadamente severa entre 20 y 42. Con respecto a las puntuaciones del estrés, se considera un estrés leve entre 15 y 18, el estrés moderado entre 19 y 25, el estrés severo oscila entre 26 y 33, y el estrés altamente severo se presenta entre 34 y 42 (Lovibond y Lovibond, 1995).

Por otra parte, para medir los efectos de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de los participantes se empleó el Cuestionario de Impacto Psicológico del Coronavirus (CIPC) desarrollado por Sandín et al. (2020). Este cuestionario tiene el objetivo de medir los efectos psicológicos relacionados con la pandemia por COVID-19. Incluye 93 reactivos divididos en nueve escalas: Experiencia con el Coronavirus, Uso de los Medios de Comunicación, Conductas Asociadas al Confinamiento, Uso de Conductas Preventivas, Escala de Miedo al Coronavirus, Escala de Distrés, Escala de Síntomas de Estrés Postraumático, Escala de Interferencia por el Coronavirus y Escala de Experiencias Positivas ante las Adversidades (EEPA). En la presente investigación solamente se tomaron las dimensiones de Experiencia con el Coronavirus (6 reactivos), Escala de Miedo al Coronavirus (10 reactivos), Escala de Distrés (10 reactivos), Escala de Síntomas de Estrés Postraumático (8 reactivos) y la Escala de Experiencias Positivas ante las Adversidades (11 reactivos). La consistencia interna de las dimensiones oscila entre  $\alpha = .79$  y  $\alpha = .93$  (Sandín et al., 2020).

Para medir las estrategias de regulación emocional se empleó el Cuestionario Cognitivo de Regulación Emocional (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire [CERQ]) diseñado por Garnefski et al. (2001). Este es uno de los instrumentos más empleado para medir las estrategias de regulación emocional el cual se construyó con el objetivo de analizar no solamente el estilo cognitivo general, sino también el tipo de estrategia emocional empleado para manejar una situación emocional. Con un total de 36 reactivos divididos en nueve factores (Aceptación, Focalización Positiva, Reinterpretación Positiva, Poner en Perspectiva, Focalización en los Planes, Autoculparse, Rumiación, Culpar a Otros y Catastrofización) esta escala examina estrategias de regulación emocional desadaptativas (inadecuadas) y también adaptativas (funcionales).

En esta investigación se empleó la versión en español desarrollada por Domínguez-Sánchez et al. (2013). Para responder a esta escala se presentan cinco opciones de respuesta en un formato tipo Likert que va de 1 (casi nunca) hasta 5 (casi siempre). En los diversos estudios que han analizado sus propiedades psicométricas se han encontrado índices adecuados. Para la consistencia interna, las alfas de Cronbach han oscilado entre .68 y .93. Asimismo, el CERQ ha obtenido buenos indicadores de validez convergente y discriminante (Garnefski y Kraaij, 2007).

El Inventario de Habilidades de Consciencia Plena de Kentucky (Kentucky Inventory of Mindfulness Skills, [KIMS]), diseñado por Baer et al. (2004), fue empleado para medir la consciencia plena. Este instrumento incluye 39 reactivos agrupados en cuatro factores: Observación, Descripción, Actuar Conscientemente y Aceptación sin Emitir Juicios. El KIMS mide diversas habilidades que las personas desarrollan con la finalidad de ser conscientes en su vida cotidiana. Los reactivos se evalúan en una escala tipo Likert que

oscila entre 1 (nunca o muy pocas veces verdadero) y 5 (siempre o casi siempre verdadero). Los autores crearon este instrumento basándose en los principios de la terapia conductual dialéctica que proporciona estrategias terapéuticas para aceptar los sentimientos y emplear el pensamiento para poder cambiarlos (Linehan, 1993). En la presente investigación se utilizó la versión en español elaborada por Orozco et al. (2021). En el estudio original de este inventario se reportaron propiedades psicométricas adecuadas. Con respecto a la consistencia interna, se obtuvieron los coeficientes de alfa de Cronbach de .91 para Observación, de .84 para Descripción, de .83 para Actuar Conscientemente, y de .87 para Aceptación sin Emitir Juicios. En su versión original, se encontraron características psicométricas apropiadas de validez de constructo y validez de criterio (Baer et al., 2004).

Finalmente, para medir la variable de Bienestar psicológico se utilizó la Escala de Bienestar Psicológico (Ryff's Psychological Well-being Scale) creada por Ryff (1989), la cual consta de 39 reactivos agrupados en seis dimensiones (Autoaceptación, Relaciones positivas, Autonomía, Dominio del entorno, Crecimiento personal y Propósito en la vida). La versión en español que se empleó en esta investigación fue hecha por Díaz et al. (2006). Sus propiedades psicométricas han sido evaluadas reiteradamente encontrando buenos indicadores. Específicamente, la confiabilidad de la escala presenta alfas de Cronbach entre .70 y .84. Asimismo, la validez factorial se comprobó mediante un análisis factorial confirmatorio donde se encontró que el modelo se ajustó de manera adecuada ( $X^2 = 615.76$ ,  $df = 345$ ,  $AIC = 788.16$ ,  $CFI = .05$ ,  $NNFI = .94$  y  $RMSEA = .04$ ) (Díaz et al., 2006).

## Procedimiento

En un primer momento se estableció contacto con las autoridades de una institución de salud gubernamental en el centro del país. Este organismo de salud pública provee a los ciudadanos los programas y servicios médicos en cuatro municipios del noreste del Estado de México. Después de haber obtenido la autorización para llevar a cabo esta investigación, se diseñó la estrategia para recolectar los datos en los centros de salud pertenecientes a esta jurisdicción. Una vez que se establecieron el día y la hora para cada municipio, acudimos con el personal de salud que se había convocado para llevar a cabo la recolección de los datos, la cual se realizó de manera grupal. Antes de contestar los instrumentos, a todos los participantes se les proporcionó el consentimiento informado para su lectura y comprensión. Una vez que se contestaron sus dudas, aquellos que desearon participar libre y voluntariamente firmaron este documento. A cada participante se le asignó un número de manera aleatoria para asegurar su anonimato. Los participantes no recibieron alguna compensación económica por contestar los instrumentos y en promedio emplearon 30 minutos en hacerlo.

El presente estudio se adhirió a los principios de la Declaración de Helsinki, así como todas las normas y procedimientos éticos que se han establecido en México para llevar a cabo una investigación con seres humanos. De la misma manera, se siguieron todas las directrices que se han establecido en el protocolo de la Universidad Autónoma del Estado de México para el resguardo y protección de datos personales. Con ello se preservó la confidencialidad y el anonimato de las respuestas de los participantes.

## Análisis de datos

Los datos fueron analizados usando el software SPSS (versión 25.0; SPSS Inc.). El valor de  $p < 0.05$  fue considerado estadísticamente significativo.

Con base en los criterios de normalidad propuestos por Curran et al. (1996) los cuales señalan una asimetría de  $\leq 2$  y una curtosis de  $\leq 7$  para confirmar una distribución normal, el primer paso fue verificar si todas las variables obtenían estos valores. El supuesto de normalidad se consiguió para todas las variables en este estudio.

Posteriormente, los análisis descriptivos se llevaron a cabo usando frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, así como medias y desviaciones estándar para las variables continuas. La prueba t de Student para muestras independientes y la ANOVA de una vía se usaron para comparar las diferencias en sexo, profesión y edad. Asimismo, se realizaron análisis de correlación de Pearson incluyendo las variables sociodemográficas y las de estudio con la finalidad de examinarlas de forma preliminar. Finalmente, se empleó el análisis de regresión múltiple jerárquica para evaluar la capacidad predictora de los modelos propuestos teniendo al bienestar psicológico como la variable de criterio.

## Resultados

### Análisis descriptivos y correlaciones

Los datos proporcionados por los 208 participantes mostraron que la media de la puntuación de ansiedad fue de 7.29, la media de estrés fue de 10.18 y la de depresión fue de 7.46, mientras que la media de la puntuación de bienestar psicológico fue de 140.36. De acuerdo con los criterios propuestos por Lovibond y Lovibond (1995), la mayoría de los participantes presentaron niveles considerados como normales para la depresión, ansiedad y estrés (ver Tabla 2).

**Tabla 2. Características psicológicas de los participantes**

Variabes	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Depresión	No	132	63.47
	Si	76	36.53
Nivel de depresión	Leve	39	18.75
	Moderada	19	9.13
	Severa	11	5.28
	Extremadamente severa	7	3.37
Ansiedad	No	113	54.32
	Si	95	45.68
Nivel de ansiedad	Leve	36	17.32
	Moderada	31	14.90
	Severa	13	6.25
	Extremadamente severa	15	7.21
Estrés	No	137	65.87
	Si	71	34.13
	Leve	37	17.79
	Moderada	24	11.54
	Severa	6	2.88
	Extremadamente severa	4	1.92

Particularmente, la ansiedad fue el trastorno que reportó el porcentaje más alto dentro de las categorías de anormalidad (45.68%). Específicamente, analizando los tres trastornos puede observarse que fue el nivel leve de la depresión, ansiedad y estrés el cual obtuvo los porcentajes más altos. Estos resultados nos permiten observar que después de 5 años de haber comenzado la pandemia la mayoría del personal de salud ha disminuido sus niveles de depresión, ansiedad y estrés, sin restarle importancia a quienes siguen presentando niveles severos o extremadamente severos en estos tres trastornos, principalmente en la ansiedad.

Uno de los objetivos de nuestra investigación fue examinar el impacto que ha tenido la pandemia de COVID-19 en la salud mental del personal de salud buscando identificar posibles diferencias, particularmente en el sexo y la profesión de los participantes. Los resultados de estos análisis se encuentran en la Tabla 3. Como puede observarse, las mujeres reportaron

niveles más altos de depresión ( $t = 2.527$ ,  $P = 0.037$ ), de miedos al coronavirus ( $t = 3.528$ ,  $P = 0.035$ ), y de las Experiencias positivas ante las adversidades en comparación con los hombres ( $t = 3.945$ ,  $P = 0.027$ ). Por otra parte, los médicos/as mostraron niveles más altos de estrés ( $t = -4.274$ ,  $P = 0.008$ ) y de los síntomas de estrés postraumático al compararlos con los de las enfermeras/os ( $t = -5.343$ ,  $P < 0.001$ ).

**Tabla 3.** *Análisis de los efectos de los factores individuales en la depresión, estrés, ansiedad y el Cuestionario de Impacto Psicológico del Coronavirus (CIPC) y sus subescalas*

Variables	Sexo			Profesión		
	Mujer	Hombre	t (P)	Médico/a	Enfermero/a	t (P)
<b>Depresión</b>	8.51 (2.03)	6.27 (2.32)	2.527 (0.037)	7.42 (2.53)	9.68 (1.75)	2.425 (0.028)
<b>Estrés</b>	10.06 (3.01)	12.59 (2.84)	-3.232 (0.021)	10.71 (3.12)	7.52 (2.42)	-4.274 (0.008)
<b>Ansiedad</b>	7.09 (1.52)	10.95 (1.32)	-7.743 <0.001	6.71 (1.53)	9.61(2.14)	3.042 (0.041)
<b>ECОВI</b>	4.12 (0.58)	3.88 (0.42)	0.059 (0.475)	4.53 (1.24)	4.73 (1.16)	0.084 (0.532)
<b>MC</b>	18.82 (3.52)	15.96 (2.13)	3.528 (0.035)	16.25 (2.63)	19.15 (3.04)	4.093 (0.025)
<b>Distrés</b>	11.36 (4.12)	14.91 (3.15)	-4.852 (0.014)	12.79 (3.62)	12.07 (4.11)	-0.043 (0.742)
<b>SEPT</b>	2.16 (1.45)	2.20 (0.88)	-0.082 (0.734)	5.83 (0.75)	2.42 (0.88)	-5.343 <0.001
<b>EPA</b>	5.94 (0.63)	3.23 (0.80)	3.945 (0.027)	3.01 (1.32)	3.15 (0.95)	0.034 (0.440)

Nota. ECOVI = Experiencia con el Coronavirus, MC = Miedos al Coronavirus, SEPT = Síntomas de Estrés Postraumático, EPA = Experiencias Positivas ante las Adversidad Media (Desviación Estándar)

Con la finalidad de examinar los efectos que tienen los factores de protección en el bienestar psicológico del personal de salud, se llevó a cabo un análisis de correlación de Pearson entre las variables de estudio y

sociodemográficas. Los resultados pueden observarse en la Tabla 4. Con excepción de una, todas las correlaciones entre el bienestar psicológico y el resto de las variables de estudio fueron estadísticamente significativas. Asimismo, el sexo y la profesión fueron las dos variables sociodemográficas que tuvieron el mayor número de correlaciones significativas. Como puede observarse, la correlación con la mayor magnitud entre el bienestar psicológico y un predictor fue con la consciencia plena, seguida de su relación con las estrategias adaptivas de la regulación emocional.

**Tabla 4. Correlaciones de Pearson entre los factores de protección y variables sociodemográficas**

Variabes	1	2	3	4	5	6	7
1.Sexo	--						
2.Profesión	.21**	--					
3.Edad	-.11	-.19**	--				
4.Exp. Positivas	-.18*	-.14*	.19**	--			
5.Est. Adaptativas R.E.	.14*	.10	-.02	.15*	--		
6.Consciencia Plena	.13*	-.15*	.12*	.17*	.20**	--	
7.Bienestar Psicológico	.15*	.17*	.07	.21**	.28**	.69**	--

Nota: Exp. Positivas: Experiencias Positivas ante la Adversidad; Est. Adaptativas R. E.: Estrategias Adaptativas de Regulación Emocional

\*  $P < 0.05$

\*\*  $P < 0.01$

De la misma manera, se llevaron a cabo los análisis de correlación de Pearson para los factores de riesgo. Como puede observarse en la Tabla 5, con excepción de la edad, todas las variables que conforman estos factores muestran una correlación estadísticamente significativa con el bienestar psicológico que es la variable de criterio. Con respecto a las variables sociodemográficas, el sexo y la profesión fueron las variables que más correlaciones significativas tuvieron con las variables de estudio.

Como puede observarse, las correlaciones con la mayor magnitud entre el bienestar psicológico y los predictores fueron con la depresión, el estrés y la ansiedad.

**Tabla 5. Correlaciones de Pearson entre los factores de riesgo y las variables sociodemográficas**

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8
1.Sexo	--							
2.Profesión	.21**	--						
3.Edad	-.11	-.18**	--					
4.Ansiedad	.15*	-.12*	-.06	--				
5.Estrés	.13*	.14*	-.15*	.85**	--			
6.Depresión	.16*	.10	-.14*	.90**	.86**	--		
7.Est. Desadaptativas R.E.	.21**	.17**	-.13*	.47**	.47**	.49**	--	
8.Bienestar Psicológico	.13*	.14*	.07	-.44**	-.46**	-.52**	-.28**	--

*Nota. Estrategias Desadaptativas de Regulación Emocional*

\*  $P < 0.05$

\*\*  $P < 0.01$

Finalmente, con base en el principal objetivo de esta investigación, se llevó a cabo el análisis de regresión múltiple jerárquica analizándose por separado el modelo para los factores de protección y el modelo de los factores de riesgo. Con la finalidad de controlar las posibles relaciones espurias que se pudiesen generar entre las variables sociodemográficas y los predictores o la variable de criterio, el sexo y la profesión se introdujeron como covariables en ambos análisis.

Con respecto al modelo para los factores de protección, los resultados son presentados en la Tabla 6. En un primer paso se incluyeron solamente las variables sociodemográficas que fueron estadísticamente significativas en los análisis univariantes, sexo y profesión. Estas variables explicaron

el 3.8% de la varianza del bienestar psicológico. Posteriormente, las experiencias positivas que les dejó la pandemia de COVID-19 y las estrategias adaptativas de la regulación emocional fueron añadidas al modelo mostrando una relación positiva y significativa con el bienestar psicológico. Estos predictores explicaron el 17.1% de la varianza. En un tercer paso, el predictor de la consciencia plena fue estadísticamente significativo y explicó el 49.5% de la varianza.

**Tabla 6. Análisis de regresión lineal jerárquica de los factores de protección para el bienestar psicológico**

Variabes	Paso 1 ( $\beta$ )	Paso 2 ( $\beta$ )	Paso 3 ( $\beta$ )
Sexo	.421**	.373*	.245
Profesión	-.168*	-.163*	-.073
Experiencias positivas		.247**	.085
Estrategias adaptativas		.389**	.293*
Consciencia plena			.598***
F	5.542**	7.867***	46.077***
R2	.038	.171	.495
$\Delta$ R2	.038	.133	.362

\*  $P < 0.05$

\*\*  $P < 0.01$

\*\*\*  $P < 0.001$

Con respecto al análisis para los factores de riesgo, en el primer paso se incluyeron las variables sociodemográficas que fueron estadísticamente significativas en los análisis univariantes, sexo y profesión, las cuales explicaron el 2.8% de la varianza del bienestar psicológico. Posteriormente, en el segundo paso se incluyó el predictor de las estrategias desadaptativas de la regulación emocional los cuales fueron estadísticamente significativos y explicaron el 10.4% de la varianza. En un tercer paso, los predictores del estrés, ansiedad y depresión fueron estadísticamente significativos explicando el 42.8% de la varianza.

**Tabla 7. Análisis de regresión lineal jerárquica de los factores de riesgo para el bienestar psicológico**

Variables	Paso 1	Paso 2	Paso 3
Sexo	.321**	.273*	.204
Profesión	-.178*	-.158*	-.273**
Estrategias desadaptativas		-.275***	-.075
Ansiedad			-.554***
Estrés			-.274**
Depresión			-.484***
F	5.542**	11.344***	86.414***
R2	.028	.104	.428
Δ R2	.028	.076	.352

\*\* P < 0.01

\*\*\* P < 0.001

### Discusión y Conclusiones

Al revisar la literatura, esta es la primera investigación que encontramos reportando a largo plazo las secuelas de la pandemia por COVID-19 en la salud mental del personal de salud. En un primer momento, analizamos la prevalencia de los factores de riesgo con la finalidad de observar su incidencia en el personal de salud después de cinco años de haber comenzado la pandemia por COVID-19. En esta muestra en particular, la mayor incidencia se encontró en la ansiedad con el 45.68% de los participantes reportando síntomas de ansiedad, seguido de la depresión con el 36.53% y finalmente el estrés con el 34.13%. Al analizar el nivel de estos factores, encontramos que la mayor prevalencia se presentó en la ansiedad extremadamente severa (7.21%), severa (6.25%) y moderada (14.9%).

Al no existir registro de los efectos a largo plazo (cinco años) como lo hicimos en esta investigación, solamente pudimos contrastarlos con estudios llevados a cabo a los dos años. Por ejemplo, los hallazgos reportados en el 2022 de un estudio hecho en Arabia Saudita dieron cuenta

que, entre el personal de salud, el 45.7% reportó síntomas de depresión y el 43.4% de ansiedad (Jarad et al., 2023). De la misma manera, dos años después de haber comenzado la pandemia por COVID-19, se llevó a cabo una investigación con el personal de salud iraní empleando el mismo instrumento que usamos para medir ansiedad, estrés y depresión (DASS-42). Los resultados mostraron que la ansiedad ocupó el primer lugar de prevalencia con un 50.62%, seguida de la depresión con el 44.25% y finalmente el estrés con el 43.76%.

Específicamente, en los niveles de severo y extremadamente severo, la prevalencia alcanzó el 26.6% para la ansiedad, el 19.2% para la depresión y el 18.2% para el estrés (Kolivand et al., 2023). Debido a las condiciones socioculturales presentes en cada país y las diferencias en el momento en que se recolectaron los datos, no es posible realizar con exactitud una comparación entre nuestra muestra y las recolectadas en otros países. Sin embargo, con base en nuestros resultados, es posible inferir que después de cinco años de haberse declarado el inicio de la pandemia por COVID-19, se ha dado una reducción paulatina en los niveles de estrés, ansiedad y depresión entre el personal de salud.

Con la finalidad de conseguir un análisis más detallado de la presencia de los factores de protección y riesgo en el personal de salud, se llevaron a cabo una serie de comparaciones entre los dos grupos más representativos (médicos/as y enfermeros/as), así como entre hombres y mujeres. Los resultados mostraron que las mujeres reportaron niveles más altos de depresión, miedos al coronavirus y a las experiencias positivas ante las adversidades en comparación con los hombres. Estos resultados coinciden con los reportados por Kolivand et al. (2023) quienes también identificaron que las mujeres presentaron niveles más altos de depresión. Asimismo, los

médicos/as reportaron niveles más altos de estrés y de síntomas de estrés postraumático al compararlos con los de las enfermeras/os. Algunas otras investigaciones llevadas a cabo durante la pandemia y postpandemia han documentado también índices muy altos de estrés entre los médicos/as (e.g., Abdulah y Musa, 2020; Elbay et al., 2020; Mosheva et al., 2020; Salari et al., 2020). Estos resultados nos permiten apreciar principalmente la prevalencia de los factores de riesgo en el personal de salud que participó en este estudio.

Finalmente, llevamos a cabo los análisis correspondientes a nuestro principal objetivo de esta investigación. Una de las principales aportaciones de esta investigación es la inclusión tanto de los factores de protección como los factores de riesgo. Con base en los múltiples estudios que se han llevado a cabo en todo el mundo a partir del 2020 con la finalidad de documentar los efectos de la pandemia por COVID-19, contábamos con indicios los cuales evidenciaban que en el personal de salud se han fusionado diversos factores que han contribuido por una parte a salvaguardar su salud mental, y por el contrario, otros factores han sido determinantes en el deterioro de sus procesos cognitivos y emocionales. Por ello, quisimos investigar ambas caras de la moneda para conseguir un análisis más integral.

Buscando identificar la incidencia de los factores de protección y los de riesgo en el bienestar psicológico del personal de salud, se diseñaron dos modelos. El primero de ellos incluyó diversos factores de protección mostrando claramente que el predictor de consciencia plena (mindfulness) tuvo la aportación con la mayor magnitud y significancia. La consciencia plena es una estrategia clave para el mejor control de las emociones y por ende del bienestar psicológico del personal de salud. En investigaciones

previas se había documentado la importancia del desarrollo de la consciencia plena y sus repercusiones en el bienestar psicológico de la población adulta. Por ejemplo, en una investigación internacional la cual incluyó la participación de adultos provenientes de 18 países latinoamericanos se encontró que la consciencia plena tuvo un efecto directo en el bienestar psicológico de esta muestra.

Específicamente, la consciencia plena estuvo relacionada con el propósito en la vida que es un factor inherente al bienestar psicológico (Crego et al., 2020). De acuerdo con el modelo de bienestar psicológico propuesto por Ryff (1989) al experimentar un bienestar psicológico, las personas adquieren progresivamente un propósito que los guía hacia el logro de sus metas personales. Los resultados del presente estudio evidencian la manera en que el estado de consciencia plena del personal de salud es empleado por ellos para clarificar su propósito en la vida. Después de haber vivido los peores meses de la pandemia, las estrategias de consciencia plena que han desarrollado (observación, descripción, actuar conscientemente y aceptación evitando emitir juicios) les han permitido encontrar un nuevo propósito en la vida y con ello consolidar su bienestar psicológico.

De la misma manera, la consciencia plena permite que las personas focalicen su atención en todo aquello que están experimentando en el momento presente, aceptándolo sin emitir juicios a priori, e identificando al mismo tiempo los pensamientos, las emociones y las sensaciones corporales que identifican (Schuman-Olivier et al., 2020). De forma muy interesante, nuestros resultados sugieren que este mecanismo ha sido empleado por el personal de salud en esta etapa postCOVID-19 de forma reiterativa y decisiva convirtiéndose en el principal factor de protección. Los efectos de la consciencia plena quedaron evidenciados en el análisis

de regresión múltiple demostrando su predominancia entre los predictores que explicaron el bienestar psicológico de esta muestra.

Solo por debajo de la consciencia plena, las estrategias adaptativas también demostraron tener una influencia muy importante en el bienestar psicológico del personal de salud. Hasta lo que tenemos conocimiento, esta es la primera investigación que ha analizado las estrategias de regulación emocional en el personal de salud latinoamericano después de la pandemia por COVID-19. Por consiguiente, nuestros resultados proveen evidencia científica para conocer el manejo de las emociones en este sector de la población. Como puede observarse, las estrategias adaptativas (Aceptación, Focalización Positiva, Reinterpretación Positiva, Poner en Perspectiva y Focalización en los Planes) tuvieron un impacto primordial en el bienestar psicológico del personal de salud. Antes de la pandemia, se había documentado la importancia del manejo de las emociones por parte del personal de salud y todas las implicaciones positivas y negativas que tiene en su salud mental (Weilenmann et al., 2018).

Años después, nuestros resultados confirman que el uso de las estrategias adaptativas permite que los médicos y enfermeras logren aceptar de la mejor manera posible las vicisitudes que no está en sus manos cambiar de inmediato. Asimismo, como resultado de estas estrategias, el personal de salud no solamente tiene mejores y mayores recursos para enfocarse de manera benéfica en sus planes a futuro, sino también posee la capacidad de reevaluar los acontecimientos adversos que está viviendo, logrando dotarlos de un nuevo significado más provechoso. El hecho de ser el segundo predictor con la mayor magnitud confirma su importancia.

Por otra parte, el segundo modelo tuvo el objetivo de examinar el impacto de ciertos factores de riesgo en el bienestar psicológico del personal de salud. Los resultados encontrados fueron determinantes al confirmar que la ansiedad y la depresión fueron los principales predictores en este modelo. Aunque la ansiedad había sido identificada como uno de los principales factores de riesgo para el bienestar psicológico del personal de salud durante la pandemia (e.g., Liu et al., 2020; Marvaldi et al., 2021; Setiawati et al., 2021; Weibelzahl et al., 2021) quisimos constatar si a cinco años mantenía sus mismos efectos. Nuestros resultados confirman que la ansiedad fue el principal factor de riesgo en el bienestar psicológico para estos participantes.

En segundo lugar, solo muy por debajo de ella, los síntomas depresivos fueron también un predictor que mostró una importante magnitud. En las investigaciones que han tenido como objetivo examinar las secuelas postCOVID-19 en la salud mental del personal de salud, se ha identificado a la depresión como uno de los factores de riesgo más comunes (e.g., Alfonsi et al., 2023; Briciu et al., 2023; Costa et al., 2023; Liang et al., 2023). Nuestros resultados confirman que la depresión sigue presentando, para un importante sector de este grupo poblacional, secuelas muy importantes que deben ser atendidas en aras de evitar un mayor deterioro en su salud mental. Finalmente, el estrés y las estrategias desadaptativas tuvieron también un impacto negativo en el bienestar psicológico, aunque con menor magnitud.

Este segundo modelo que probamos con el objetivo de analizar los efectos de estos cuatro factores de riesgo en el bienestar psicológico del personal de salud a cinco años de haber iniciado la pandemia por COVID-19 nos permiten apreciar el impacto negativo que siguen teniendo en la salud

mental de esta población. El análisis de regresión jerárquica nos permitió estimar y tener evidencias científicas para señalar que la ansiedad es el predictor más significativo, seguido muy de cerca de la depresión. A su vez, con una menor magnitud también es importante identificar la influencia del estrés y las estrategias desadaptativas.

Aunque en todo el mundo, la población en general ha regresado en su totalidad a sus actividades cotidianas, no se nos puede olvidar que todavía hay sectores que necesitan recibir el apoyo necesario y suficiente para recobrar los niveles de salud mental que tenían antes del 2020. Con base en los hallazgos encontrados, podemos concluir que a cinco años de haber iniciado la pandemia por COVID-19, el personal de salud sigue experimentando principalmente síntomas de ansiedad y depresión.

## Referencias

- Abdulah, D. M., & Musa, D. H. (2020). Insomnia and stress of physicians during COVID-19 outbreak. *Sleep Medicine*, X(2), 100017.
- Alfonsi, V., Scarpelli, S., Gorgoni, M., Couyoumdjian, A., Rosiello, F., Sandroni, C., ... & De Gennaro, L. (2023). Healthcare Workers after Two Years of COVID-19: The Consequences of the Pandemic on Psychological Health and Sleep among Nurses and Physicians. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1412.
- Alvarado, R., & Tapia, T. (2020). El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores en los servicios de salud (Informe No. 1). Universidad de O'Higgins, Universidad Central, Pontificia Universidad Católica de Chile, Colegio Médico de Chile.
- Aymerich, C., Pedruzo, B., Pérez, J.L., Laborda, M., Herrero, J., Blanco, J., Mancebo, G., Andrés, L., Estévez, O., & Fernandez, M. (2022). COVID-19 Pandemic Effects on Health Workers' mental Health: Systematic Review and Meta-Analysis. *European Psychiatry*, 65, e10.
- Badahdah, A. M., Khamis, F., & Al Mahyijari, N. (2020). The psychological well-being of physicians during COVID-19 outbreak in Oman. *Psychiatry research*, 289, 113053.
- Bell, V. & Wade, D. (2021). Mental health of clinical staff working in high-risk epidemic and pandemic health emergencies a rapid review of the evidence and living meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(1), 1–11.
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11, 191-206.
- Bodos, A., Solanas, A., & Andres, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of depression, anxiety, and stress scales (DASS). *Psicothema*, 17, 679-83.

- Briciu, V., Leucuta, D. C., Tókés, G. E., & Colcear, D. (2023). Burnout, Depression, and Job Stress Factors in Healthcare Workers of a Romanian COVID-19 Dedicated Hospital, after Two Pandemic Years. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4118.
- Brown, K.W., Creswell, J. D., & Ryan, R.M. (2015). *Handbook of Mindfulness: Theory, Research, and Practice*. Guilford Publisher.
- Bruria, A., Maya, S.-T., Gadi, S., & Orna, T. (2022). Impact of emergency situations on resilience at work and burnout of hospital's healthcare personnel. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 76, 102994.
- Chew, N. W., Lee, G. K., Tan, B.Y., Jing, M., Goh, Y., Ngiam, N. J, ... & Sharma, V. K. (2020). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 559–565.
- Costa, A., Caldas de Almeida, T., Fialho, M., Rasga, C., Martiniano, H., Santos, O., ... & Heitor, M. J. (2023). Mental health of healthcare professionals: two years of the COVID-19 pandemic in Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3131.
- Crego, A., Yela, J. R., Gómez-Martínez, M. Á., & Karim, A. A. (2020). The contribution of meaningfulness and mindfulness to psychological well-being and mental health: A structural equation model. *Journal of Happiness Studies*, 21, 2827-2850.
- Curran, P. J., West, S .G., & Finch, J. F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods*, 1(1), 16.
- Denning, M., Goh, E. T., Tan, B., Kanneganti, A., Almonte, M., Scott, A., ... & Kinross, J. (2021). Determinants of burnout and other aspects of psychological well-being in healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A multinational cross-sectional study. *Plos one*, 16(4), e0238666.

- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. & Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de Bienestar Psicológico de Ryff. *Psicothema*,18(3), 572-577.
- Domínguez-Sánchez, F., Lasa-Aristu, A., Amor, P., & Holgado-Tello, F. (2013). Psychometric properties of the spanish version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Assessment*, 20(2), 253- 261.
- Elbay, R. Y., Kurtulmuş, A., Arpacioğlu, S., & Karadere, E. (2020). Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. *Psychiatry research*, 290, 113130.
- Garnefski, S. N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation, and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311–1327.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 23, 141-149.
- Gold, J. A. (2020) Covid-19: adverse mental health outcomes for healthcare workers. *BMJ*, 5(369), 1815
- Jarad, J. A., Aldohilan, F. M., Ghulam, R. Z., Fallatah, R. Z., Alzahrani, A. K., El Keir, D.Y., ... & Alibrahim, N. R. (2023) Long-term psychological effects of the COVID-19 pandemic: Anxiety and depression among physicians in a tertiary referral hospital from Saudi Arabia. *Saudi Journal of Medicine & Medical Sciences*, 11, 36-43.
- Kolivand, P., Hosseindoost, S., Kolivand, Z., & Gharaylou, Z. (2023). Psychosocial impact of COVID-19 2 years after outbreak on mental health of medical workers in Iran. *Middle East Current Psychiatry*, 30(1), 4.
- Kunz, M., Strasser, M., & Hasan, A. (2021). Impact of the coronavirus disease 2019 pandemic on healthcare workers: Systematic comparison between nurses and medical doctors. *Current Opinion in Psychiatry*, 34, 413.

- Liang, Z., Wang, Y., Wei, X., Wen, W., Ma, J., Wu, J., ... & Qin, P. (2023). Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms among healthcare workers in the post-pandemic era of COVID-19 at a tertiary hospital in Shenzhen, China: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 11, 1094776.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Liu, C. Y., Yang, Y. Z., Zhang, X. M., Xu, X., Dou, Q. L., Zhang, W. W., & Cheng, A. S. (2020). The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: a cross-sectional survey. *Epidemiology & Infection*, 148.
- Lovibond, P. F. & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of The Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavior Research and Therapy*, 33, 335-343.
- McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion*, 20(1), 1.
- Marvaldi, M., Mallet, J., Dubertret, C., Moro, M. R., & Guessoum, S. B. (2021). Anxiety, depression, trauma-related, and sleep disorders among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 126, 252-264.
- Mosheva, M., Hertz-Palmor, N., Dorman Ilan, S., Matalon, N., Pessach, I. M., Afek, A., ... & Gothelf, D. (2020). Anxiety, pandemic-related stress and resilience among physicians during the COVID-19 pandemic. *Depression and Anxiety*, 37(10), 965-971.
- Orozco, A. E., García, G., Venebra, A., & Aguilera, U. (2021). Propiedades psicométricas de la versión en español del Kentucky Inventory of Mindfulness Skills en población general mexicana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 53, 104-113.
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & 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>.

- Philip, J., & Cherian, V. (2020). Factors affecting the psychological well-being of health care workers during an epidemic: a thematic review. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 42(4), 323- 333.
- Rind, E., Kimpel, K., Preiser, C., Papenfuss, F., Wagner, A., Alsyte, K., Siegel, A., Klink, A., Steinhilber, B., & Kauderer, J. (2020). Adjusting working conditions and evaluating the risk of infection during the COVID-19 pandemic in different workplace settings in Germany: A study protocol for an explorative modular mixed methods approach. *BMJ Open*, 10, e043908.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Robles, R., Rodríguez, E., Vega-Ramírez, H., Álvarez-Icaza, D., Madrigal, E., Durand, S., ... & Reyes-Terán, G. (2021). Mental health problems among healthcare workers involved with the COVID-19 outbreak. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 43(5), 494–503.
- Sahebi, A., Nejati-Zarnaqi, B., Moayedi, S., Yousefi, K., Torres, M., & Golitaleb, M. (2021). The prevalence of anxiety and depression among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: An umbrella review of meta-analyses. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 107, 110247.
- Salari, N., Khazaie, H., Hosseini-Far, A., Ghasemi, H., Mohammadi, M., Shohaimi, S., Daneshkhah, A., Khaledi-Paveh, B., & Hosseini-Far, M. (2020). The prevalence of sleep disturbances among physicians and nurses facing the COVID-19 patients: A systematic review and meta- analysis. *Global Health*, 16, 92.
- Salari, N., Khazaie, H., Hosseini-Far, A., Khaledi-Paveh, B., Kazemini, M., Mohammadi, M., ... & Eskandari, S. (2020). The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression. *Human Resources for Health*, 18(1), 1-14.

- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1), 1- 15.
- Schuman-Olivier, Z., Trombka, M., Lovas, D. A., Brewer, J. A., Vago, D. R., Gawande, R., ... & Fulwiler, C. (2020). Mindfulness and behavior change. *Harvard review of psychiatry*, 28(6), 371.
- Setiawati, Y., Wahyuhadi, J., Joestandari, F., Maramis, M. M., & Atika, A. (2021). Anxiety and resilience of healthcare workers during COVID-19 pandemic in Indonesia. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 1-8.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2019) *Using multivariate statistics* (7th ed.). Pearson.
- Talevi, D., Socci, V., Carai, M., Carnaghi, G., Faleri, S., Trebbi, E., di Bernardo, A., Capelli, F., Pacitti, F. (2020). Mental health outcomes of the covid-19 pandemic. *Rivista di Psichiatria*, 55(3), 137–44.
- Uphoff, E. P., Lombardo, C., Johnston, G., Weeks, L., Rodgers, M., Dawson, S., Seymour, C., Kousoulis, A. A., & Churchill, R. (2021). Mental health among healthcare workers and other vulnerable groups during the COVID-19 pandemic and other coronavirus outbreaks: a rapid systematic review. *PLoSOne*, 16(8), e0254821.
- Weibelzahl, S., Reiter, J., & Duden, G. (2021). Depression and anxiety in healthcare professionals during the COVID-19 pandemic. *Epidemiology & Infection*, 149, e46.
- Weilenmann, S., Schnyder, U., Parkinson, B., Corda, C., Von Kaenel, R., & Pfaltz, M. C. (2018). Emotion transfer, emotion regulation, and empathy-related processes in physician-patient interactions and their association with physician well-being: a theoretical model. *Frontiers in psychiatry*, 9, 389.
- Wright K, Sarangi A, Ibrahim Y (2020) The psychiatric effects of COVID-19 thus far: a review of the current literature. *The Southwest Respiratory and Critical Care Chronicles* 8(35),17–28.

**Envío a dictamen:** 25 junio 2025

**Reenvío:** 14 agosto 2025

**Aprobado:** 26 agosto 2025

**Arturo Enrique Orozco Vargas.** Doctor en Investigación en psicología y salud. Me encuentro laborando como Profesor de tiempo completo en el Instituto de Estudios Sobre la Universidad de la UAEMex. Formo parte del Núcleo académico básico de la maestría en psicología y salud de la UAEMex. Soy miembro del SNI nivel I. Cuento con más de 70 obras publicadas a nivel nacional e internacional incluyendo artículos científicos y capítulos de libro. Mi línea de investigación aborda los procesos psicobiológicos de la regulación emocional, desvinculación moral y la consciencia crítica. Correo: [aeorozcov@uamex.mx](mailto:aeorozcov@uamex.mx) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2241-4234>

**Yenit Martínez Garduño.** Doctora en Administración y Contadora Pública Certificada por la ANFECA. Investigadora del Instituto de Estudios sobre la Universidad de la UAEMex. Integrante del núcleo básico del Doctorado en Administración y Alta Dirección de la Facultad de Contaduría y Administración. Perfil PRODEP. Línea de investigación relacionada a temas éticos, financieros y de educación. Correo: [ymartinezg@uaemex.mx](mailto:ymartinezg@uaemex.mx) Orcid ID: 0000-0002-1637-4985