

Investigaciones y experiencias sobre salud mental poblacional en la época pos-COVID

*Claudia Liliana Vázquez-Juárez y Bertha Alicia Colunga-Rodríguez
(Coordinadoras)*

Qartuppi®





Esta obra se edita bajo una Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

Investigaciones y experiencias sobre salud mental poblacional en la época pos-COVID

*Claudia Liliana Vázquez-Juárez y Bertha Alicia Colunga-Rodríguez
(Coordinadoras)*

Qartuppi®

Obra dictaminada por pares académicos a través del método doble ciego.

Investigaciones y experiencias
sobre salud mental poblacional
en la época pos-COVID

1era. edición, diciembre 2022

ISBN 978-607-8694-37-2

DOI 10.29410/QTP.22.11

D.R. © 2022. Qartuppi, S de RL de CV
Villa Turca 17, Villas del Mediterráneo
Hermosillo, Sonora 83220 México
<https://qartuppi.com>

Edición: Qartuppi, S. de R.L. de C.V.

Diseño: León Felipe Irigoyen

Contenido

- 8 **Presentación**
Claudia Liliana Vázquez Juárez y Bertha Alicia Colunga Rodríguez
- 12 **Capítulo 1**
Panorama general de la salud mental en México y el mundo en la época pos-COVID-19. Una reflexión acerca del papel de la salud pública
Cecilia Colunga-Rodríguez, José María de la Roca-Chiapas, Mario Ángel-González y María de Lourdes Preciado-Serrano
- 22 **Capítulo 2**
Alteraciones emocionales en jóvenes después de padecer COVID-19
Daniela María Velásquez Cabrera, José María De La Roca-Chiapas y Martha Alicia Hernández González
- 38 **Capítulo 3**
Estrés laboral, miedo al contagio y la cercanía de la muerte desde la perspectiva de médicos residentes frente a la pandemia de COVID-19
Cecilia Colunga-Rodríguez, Adriana Monserrat Vázquez-Manzo, Julio César Vázquez-Colunga, Diana Mercedes Hernández-Corona y Mario Ángel-González
- 48 **Capítulo 4**
Factores psicosociales de riesgo durante la pandemia de COVID-19 desde la perspectiva de docentes de educación superior
Bertha Alicia Colunga-Rodríguez, Andrea Berenice Lima-Colunga, Marcela Janette Colunga-González, María Luisa Ávalos Latorre y Luis Edmundo Sarabia López

- 62 **Capítulo 5**
La desconexión digital como impulsor de salud mental
y respeto a la dignidad del trabajador. Una visión pospandemia
Minerva Catalina Aguilar-Olivares
- 71 **Capítulo 6**
El derecho humano a la salud mental en el contexto de la pandemia
de COVID-19: estrategias para su afrontamiento y propuesta de un
programa de pausas activas como generador de salud física y mental
Ramón Castellanos Ángeles
- 81 **Capítulo 7**
Relatos sobre muerte digna durante la pandemia de COVID-19
*Mario Ángel-González, Enrique Ortiz-Aceves,
Teresa Magnolia Preciado-Rodríguez, Sergio Iván Vázquez-Colunga
y Minerva Catalina Aguilar Olivares*
- 100 **Capítulo 8**
Percepciones de los niños ante la emergencia sanitaria
por la pandemia de COVID-19
*Claudia Liliana Vázquez-Juárez, Bertha Alicia Colunga-Rodríguez,
Claudia Beatriz Enríquez-Hernández, Mercedes Gabriela Orozco-Solis,
Patricia Elizabeth Silva-Colunga y Sergio Iván Vázquez-Colunga*

- 108 **Capítulo 9**
La familia, un valor positivo en la pandemia de COVID-19
Gabriel Dávalos Picazo
- 117 **Capítulo 10**
La espiritualidad en el trabajo, desde la perspectiva del modelo de salud mental positiva ocupacional, como estrategia de afrontamiento ante la COVID en docentes de educación superior
José Luis Razo Guevara, Teresita Esmeralda Mora González, Ma del Carmen López Zermeño, Julio César Vázquez-Colunga, Norma Lidia Díaz-García, María Úrsula Palos-Toscano y Felipe Espinosa Chávez
- 132 **Capítulo 11**
La comunicación pro persona como herramienta para el acceso al derecho a la salud en tiempos de COVID-19
Sergio Iván Vázquez-Colunga
- 142 **Acerca de los autores**

Presentación

*Claudia Liliana Vázquez Juárez
y Bertha Alicia Colunga Rodríguez*

Esta obra tiene como propósito ofrecer algunos resultados derivados de investigaciones y experiencias en torno a la salud mental en grupos poblacionales en la época pos-COVID. El abordaje se realizó desde la salud pública, a partir de la cual no se puede observar el fenómeno de la salud y la enfermedad mental como polos de un mismo *continuum*, sino como entidades que pueden estar presentes en un mismo individuo.

La particularidad de esta obra está fundamentada en las expectativas de desarrollo de las enfermedades mentales, las cuales se han visto superadas a consecuencia de una enfermedad emergente que sacudió a la humanidad y que ha obligado a reflexionar de una manera más profunda acerca de los valores humanos, necesarios para la supervivencia de nuestra especie. Esto implica el cuidado mutuo y los cambios de paradigma que se requieren en los servicios de salud y en el papel que desempeñan los profesionales de la salud pública ante catástrofes sanitarias como la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2.

En el libro se abordan distintas problemáticas que parten de la idea de que, sin salud mental no existe salud física, integral y holística. Asimismo, se sugieren abordajes complejos de los fenómenos sanitarios, desde una visión transdisciplinaria que ponga de manifiesto los derechos humanos.

Cabe resaltar que este libro se realizó con la participación de profesionistas de diferentes áreas del conocimiento y de distintas instituciones de educación superior, organizados en diferentes grupos de colaboración como cuerpos académicos, grupos de investigación y colegiados. La mayoría son miembros de la Red de Cuerpos Académicos e Investigadores para el Desarrollo Humano Sustentable, la cual ha permitido que profesores, estudiantes y egresados de diferentes programas de posgrado continúen colaborando, aun cuando se ha terminado la relación profesores-estudiantes de diferentes programas de posgrado, para comenzar una relación de profesionista-profesionista.

Esto ha permitido la realización de este libro, conformado por 11 capítulos, los cuales se describen a continuación. En el primer capítulo, “Panorama general de la salud mental en México y el mundo en la época pos-COVID-19. Una reflexión acerca del papel de la salud pública”, se resaltan los aspectos políticos y sociales desde un plano epistemológico diferente a la visión biomédica de la salud.

En el segundo capítulo, “Alteraciones emocionales en jóvenes después de padecer COVID-19”, los autores brindan resultados de su investigación, realizada en la ciudad de Guanajuato, México, y recomiendan una serie de acciones como factores protectores para evitar dichas alteraciones.

Por su parte, en el tercer capítulo, “Estrés laboral, miedo al contagio y la cercanía de la muerte desde la perspectiva de médicos residentes frente a la pandemia de COVID-19”, se muestran los resultados de un estudio con metodología híbrida que da cuenta de las diversas problemáticas de estos profesionales de la salud en su quehacer cotidiano.

Durante la pandemia, los seres humanos modificaron todas las actividades cotidianas incluidas las actividades laborales; en el capítulo cuarto, “Factores psicosociales de riesgo durante la pandemia de COVID-19 desde la perspectiva de docentes de educación superior”, se puede encontrar la percepción de este grupo respecto del cambio de la modalidad de trabajo y los riesgos psicosociales como tecnoestrés, estrés, sobrecarga de trabajo, entre otros.

En el quinto capítulo, “La desconexión digital como un impulsor de salud mental y respeto a la dignidad del trabajador. Una visión pospandemia”, se reflexiona sobre las consecuencias, ventajas y desventajas que traen consigo las adaptaciones en el trabajo después de la pandemia. La autora señala la importancia de encontrar un equilibrio entre el tiempo de trabajo y aquel destinado al descanso, cuando intervienen medios electrónicos.

Siguiendo con una postura positiva ante la pandemia, en el sexto capítulo, “El derecho humano a la salud mental en el contexto de la pandemia de COVID-19: estrategias para su afrontamiento y propuesta de un programa de pausas activas como generador de salud física y mental”, el autor aborda la salud mental como un derecho humano y, como tal, indica que deben proporcionarse estrategias para su cuidado.

En el séptimo capítulo, “Relatos sobre muerte digna durante la pandemia de COVID-19”, los autores analizan este fenómeno desde la visión de personas que han estado en contacto directo con la problemática, así como la respuesta del Estado ante la muerte digna desde la perspectiva de los derechos humanos.

Mientras que, en el octavo capítulo, “Percepciones de los niños ante la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19”, los autores realizaron una investigación cua-

litativa con niños en edad escolar de primaria; mediante dibujos y preguntas indagan sobre el tema del coronavirus y la emergencia sanitaria.

En el noveno capítulo, “La familia, un valor positivo en la pandemia COVID-19”, el autor pone de manifiesto su valor ante momentos difíciles como la contingencia sanitaria, la cual ha provocado cambios en la dinámica familiar. Asimismo, otorga una serie de recomendaciones y directrices para que las familias puedan desarrollarse armónicamente, teniendo como eje principal la comunicación efectiva y asertiva.

“La espiritualidad en el trabajo, desde la perspectiva del modelo de salud mental positiva ocupacional, como estrategia de afrontamiento ante la COVID en docentes de educación superior”, décimo capítulo, es producto de una investigación con elementos cualitativos y cuantitativos, que muestra cómo la espiritualidad en el trabajo permitió a los docentes realizar una serie de adecuaciones en su actividad laboral y establecer estrategias de afrontamiento para mantener una postura positiva ante la pandemia.

En el último capítulo, “La comunicación pro persona como herramienta para el acceso al derecho a la salud en tiempos de COVID-19”, se reflexiona en torno a la importancia de la comunicación institucional como un camino para el entendimiento de los derechos humanos, en un contexto donde el flujo de información está mediado por la tecnología, producto del aislamiento social. Además, se propone el modelo de comunicación pro persona como una herramienta para el conocimiento y apropiación del derecho a la salud, que debe ser garantizado por el Estado para brindar mejores condiciones de vida.

Invitamos al lector a revisar cada uno de los capítulos, donde encontrará datos y reflexiones que enriquecerán sus conocimientos y darán elementos para establecer su propia opinión sobre los efectos de la pandemia en torno a la salud mental de diferentes grupos poblacionales.

Capítulo 1

Panorama general de la salud mental en México y el mundo
en la época pos-COVID-19.

Una reflexión acerca del papel de la salud pública

*Cecilia Colunga-Rodríguez, José María de la Roca-Chiapas,
Mario Ángel-González y María de Lourdes Preciado-Serrano*

En el último siglo, pocas veces estuvo tan cuestionado el papel de los sistemas de salud, como con la contingencia sanitaria por COVID-19. En este sentido, se pudo observar que las estrategias de prevención, atención, vigilancia y contención se vieron rebasadas, tanto en países desarrollados como en los más desfavorecidos en materia de economía.

Los esfuerzos por contener el contagio, la enfermedad y la muerte fueron desesperados; el modelo biomédico hegemónico propuso distintos mecanismos que, a la postre, resultaron positivos respecto a la generación de vacunas y medicamentos, así como al establecimiento de protocolos de intervención para los pacientes; sin embargo, el personal de salud se vio seriamente mermado por la enfermedad y la muerte, en consecuencia, también se enfrenta a las secuelas emocionales como daño colateral.

A más de dos años de haberse desatado la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2, es necesario reflexionar en torno a lo ocurrido socialmente desde una perspectiva de la salud pública; en específico, desde la problemática de la salud mental. En este capítulo se aborda dicha temática y, además, se reflexiona tanto en el papel de la salud pública como de los profesionales de la salud, en el estricto sentido de la palabra, debido a la frecuente confusión del objeto de estudio de la medicina y el de la salud pública.

Las enfermedades mentales durante la pandemia de COVID-19

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (2021), durante el primer año de la pandemia, los trastornos mentales se incrementaron en un 25%; incluso se estima que, en los últimos dos años, estos se han triplicado, encontrándose entre los más frecuentes el estrés y la ansiedad, seguidos de la depresión y el estrés postraumático; este último caracterizado por recuerdos angustiantes, alteraciones del estado de ánimo e hiperactividad (Qiu et al., 2020). De acuerdo con Ramírez-Ortiz et al. (2020), las consecuen-

cias por la pandemia en la salud mental fluctúan desde leves síntomas aislados hasta trastornos severos y complejos, cuya consecuencia se traduce en un marcado deterioro funcional, como trastornos del sueño, ansiedad, depresión y estrés postraumático.

Según el estudio realizado por Wang et al. (2020), durante la etapa inicial de la pandemia de COVID-19 en China, el 53.5% de la muestra reportó una afectación mental de regular a grave, el 16.5% calificó síntomas depresivos de moderados a severos, el 28.8% refirió síntomas de ansiedad de moderados a severos y el 8.1% reportó estrés de moderado a severo. Cabe señalar que los encuestados estaban entre 20 y 24 horas al día en casa por el confinamiento y señalaron miedo por la salud de sus familiares (Wang et al., 2020).

Por otro lado, el aislamiento social como medida para la contención del contagio desencadenó violencia intrafamiliar, principalmente contra los niños y las mujeres. Hernández et al. (2022) reportaron que, en Perú, uno de los países Latinoamericanos más afectados por la pandemia, las llamadas para reportar violencia se incrementaron de manera alarmante desde la primera semana de aislamiento. La mayor parte de las llamadas correspondía a casos de violencia contra las mujeres (43%) y un porcentaje un poco menor correspondía a situaciones de violencia contra niños (35%). La mayoría de las llamadas (55%) provenía de la capital del país, donde vive el 33% de la población peruana (Hernández et al., 2022). Cabe mencionar que los casos de violencia dejan estragos importantes en el desarrollo de la personalidad y salud mental de las víctimas, requiriendo atención psicológica tanto para los agresores como para los agredidos.

A la situación anterior, se le agregan duelos complicados, causados por no poder despedirse de las personas queridas que murieron en aislamiento hospitalario. Al respecto, en un estudio cualitativo realizado en México, Ortiz-Aceves (2022) encontró que personas que estuvieron hospitalizadas por coronavirus, refirieron que su peor temor fue morir sin poder despedirse de sus familiares.

Además, para amortiguar los efectos del estrés y la ansiedad, derivado de la pandemia, se ha incrementado el consumo de drogas ilícitas, alcohol y tabaco. Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2020), durante la pandemia, como consecuencia de la disminución productiva, aumentó el desempleo; esto afectó de manera desproporcionada a las poblaciones más desfavorecidas económicamente, volviéndolas más vulnerables al consumo de drogas (ONU, 2020). Cabe señalar que el alcoholismo y el consumo de drogas son factores de riesgo que contribuyen al aumento en los índices de violencia intrafamiliar (Rojas-Díaz, s/f).

La salud mental de los profesionales de la salud ante la emergencia sanitaria

Aún no se alcanzan a observar los estragos en la salud mental que esta emergencia sanitaria generó en los distintos grupos poblacionales. En este apartado, se aborda específicamente a los profesionales de la salud, quienes se enfrentaron de manera directa con el temor al contagio, a la enfermedad y a la muerte, con escasos recursos materiales, físicos y psicológicos.

Algunos autores (León & Olvera, 2022; Urzúa et al., 2020) han referido que los trabajadores de la salud han mostrado fuertes afectaciones por la contingencia sanitaria, tanto física como mentalmente. Urzúa et al. (2020), en su estudio en centros de salud en Chile, con 125 trabajadores de la salud —en su mayoría médicos y personal de enfermería—, encontraron que el 74% presentó síntomas de ansiedad, 65% indicó tener insomnio y 57% registró angustia; además, destacó el hecho de que los médicos tuvieron puntuaciones más bajas que el personal de enfermería, pero los médicos que atendieron pacientes con enfermedades respiratorias mostraron las puntuaciones más altas.

Por su parte, León y Olvera (2022) realizaron una revisión sistemática y reportaron que los profesionales de la salud presentaron las siguientes patologías: estrés laboral, depresión, ansiedad y problemas del sueño; por ello, hubo una importante demanda de atención a la salud mental por este colectivo de trabajadores, para aminorar los estragos que afectaron su salud mental, particularmente al inicio de la pandemia. Datos similares encontró Danet (2021), quien reportó un aumento de estrés, ansiedad, depresión, insomnio y *burnout* entre profesionales de atención a la salud durante la pandemia.

Salud pública: definición y concepto

La salud pública se puede definir, según Molina (1997), como “la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos para proteger, fomentar y reparar la salud” (p.10). Sin embargo, desde el punto de vista de Navarro (1997), la salud pública es “la actividad encaminada a mejorar la salud de la población” (p.49). Aunque pareciera existir una gran similitud entre estas dos acepciones, ambas definiciones podrían conceptualizar ciertas diferencias.

La definición proporcionada por Navarro (1997) coincide con la OMS, en el sentido de que la salud no solo integra la ausencia de la enfermedad como fenómeno somático o biológico, sino también psicológico y social; esta característica social es una de las principales diferencias que ayudan en la definición del objeto de estudio de la salud pública y, por ende, podría identificar con mayor claridad el quehacer profesional de los sanitarios o salubristas, quienes no son considerados como curadores de enfermedades, sino como cuidadores y promotores de la salud en términos positivos, si se visualiza a la salud y a la enfermedad como un *continuum* de polos opuestos. Aunque en enfoques

actuales, particularmente desde la salud mental, se observa que enfermedad mental y salud mental no son polos opuestos, sino que coexisten; es decir, un individuo puede tener cierto grado de salud mental y también cierto grado de enfermedad mental, con lo cual puede seguir siendo funcional, aunque no mantenga un desarrollo pleno de sus potencialidades humanas (Vázquez-Colunga et al., 2021).

Este enfoque social de la salud pública considera el papel del salubrista, no solo en lo somático y psicológico, sino también en las intervenciones sociales como es el caso de la producción, la distribución de la renta, el consumo, la vivienda, el trabajo, el ambiente, incluso como lo han señalado algunos autores, de la espiritualidad, no propiamente vista como religiosidad, sino como sentido de trascendencia y significado de la vida (Vázquez-Colunga et al., 2017).

En este sentido, la principal confusión que podría existir entre las ciencias biomédicas y las ciencias de la salud pública se puede encontrar en el posicionamiento epistemológico de las acepciones de *salud*, *bienestar* y *población*; estos conceptos no pueden considerarse apolíticos y ahistóricos, es decir, no pueden ser universalistas, ya que sobre estos subyacen elementos de poder (políticos), por lo que la salud y la enfermedad, desde esta óptica, son categorías políticas; estos fenómenos, en su mayoría, contienen un alto carácter social, diferenciados por condiciones de desigualdad e injusticia en la repartición de la riqueza, afectando en mayor grado a poblaciones económicamente desfavorecidas, tal como se observó en el caso de la pandemia de COVID-19. Esta última ha sido renombrada por algunos académicos (Almeida-Filho, 2021; McMahon, 2021; Mora-Alvarado, 2022) como *sindemia* y no pandemia, ya que, aunque es una enfermedad causada por un virus, no todas las personas padecieron de la misma manera el fenómeno, ni todos se vieron afectados en su economía, su trabajo, su bienestar y, por lo tanto, en su salud mental. Como lo señaló Almeida-Filho (2021), el término *sindemia* se utiliza “para comprender componentes sociales, conductuales y culturales de enfermedades emergentes, tal como la actual pandemia de COVID-19” (p.1).

De acuerdo con McMahon (2021):

la perspectiva sindémica puede ayudarnos a llevar a cabo el cambio necesario para construir —las condiciones necesarias para la salud— más allá de la COVID-19 y sus desastrosas consecuencias. Pensemos cómo podemos construir entre disciplinas, dichas condiciones desde una óptica de la complejidad, porque parece que ahora es más importante que nunca explorar qué conceptos y herramientas pueden inspirar la acción colectiva que nos proteja de nuevas pérdidas de este calibre. (p.69)

De esta manera, el conocimiento científico de la salud, la enfermedad y su proceso de atención se encuentran altamente influenciadas por las condiciones sociales, políticas y económicas de los contextos del país y del mundo; aun en los países ricos se observa una alta desigualdad social y barreras para la atención integral a la salud. En el caso de la salud mental, estas barreras son todavía más fuertes y, por lo tanto, es menos accesible, poniendo a la población en condiciones precarias para alcanzar este derecho humano a la salud integral.

Respecto a los riesgos a la salud mental derivados de las condiciones laborales, en México fueron reconocidos legalmente hasta finales del año 2018; mientras que en países como España o incluso en otros países latinoamericanos, ya se habían reconocido años atrás; esto no significa que no existieran en México, solo que la influencia política y social determina este reconocimiento y su inclusión en el listado de enfermedades profesionales a las de origen psicosocial en el trabajo.

La salud como un valor universal

La salud debe ser vista como un valor universal, al que todo individuo tiene derecho por el solo hecho de ser humano, como una forma de justicia social y desde un enfoque de equidad y no de igualdad, es decir, dar más a quien más necesita; para ello, puede ayudar a la salud pública y al quehacer del sanitarista, posicionamientos como el de la epidemiología social, que observa no solo la prevalencia, incidencia y tasas de morbilidad y mortalidad, sino que utiliza un enfoque crítico desde el cual se puede abordar una verdadera medicina social con mayor humanismo.

La enfermedad desde la postura de la salud pública

Como se refiere en líneas previas, la postura médica hegemónica occidentalizada visualiza a la enfermedad desde un enfoque estructural funcionalista, que favorece una visión segmentada de la realidad. Como ejemplo, cada vez es más frecuente visitar distintos médicos especialistas, para tener —de cada uno de ellos y por separado— un diagnóstico más completo; esto ha sido incentivado por el desarrollo de la alta especialización médica, así como por un enfoque basado en evidencias, derivado principalmente de los avances tecnológicos para los diagnósticos de las enfermedades; de esta manera, se dejan un poco más de lado las acciones clínicas, que principalmente derivan de la entrevista con el paciente y que el profesional de la medicina debería realizar de manera acuciosa en su actividad profesional. Esto último responde a una visión más completa, aunque más tradicional, donde en el quehacer médico se conjuntan tanto los avances tecnológicos que apoyan el diagnóstico clínico como el *arte* de la clínica, de la cual no se puede prescindir.

Lo anterior, y debido a los costes y sobrecarga de los servicios médicos públicos, dificulta realizar diagnósticos más oportunos, precisos y con menos costos económicos y sociales, debiendo realizarse principalmente en primer nivel de atención, es decir, en las clínicas de medicina familiar, donde se debe atender prioritariamente aspectos preventivos y de educación para la salud y, en menor medida, los de promoción y preservación de la salud.

Sin embargo, esto ha resultado fallido por: (a) la escasez de personal y de recursos, (b) el alto trabajo de escritorio que debe realizar el personal de salud para documentar los procesos, que obliga a proporcionar a los pacientes unos cuantos minutos para conocer detalladamente sus síntomas, y (c) la escasa o nula existencia de expertos de la salud mental trabajando en primer nivel de atención. Cabe resaltar este último punto, pues una atención integral y multidisciplinaria debería contemplar a este profesional sanitario, que podría atender en interconsulta muchas de las enfermedades de origen psicosomático o vinculadas con altos niveles de estrés y de trastornos emocionales propios de esta época de incertidumbre.

La dificultad de diferenciar la verdadera salud

El concepto de salud es poco reconocido, se tienen escasos indicadores, y su estudio y atención corresponden más al sanitarista. Esto obliga a pensar no solo en el modelo de una historia natural de la enfermedad, sino también en una historia social y hasta política de esta.

Lo anterior puede ser justificable debido al enfoque social que subyace a la visión de la salud pública, es decir, la desigualdad social, la inequidad en la distribución de la riqueza y el acceso limitado de *poblaciones vulneradas*¹ (i. e., adultos mayores, niños, mujeres, migrantes, trabajadores de algunos sectores en particular, enfermos mentales, personas en situación de calle, etc.) a los servicios de salud.

Así, defendemos la idea de que la salud no se puede definir como lo contrario a la enfermedad, ya que por las propias condiciones en las que las personas viven, podrían no presentar signos y síntomas de enfermedad, pero tampoco estar en condiciones de completa salud y, con ello, del derecho a disfrutar de una vida plena, donde el libre desarrollo de la personalidad y el derecho a ser feliz sea una realidad y no una utopía.

1 Este concepto lo utilizaremos desde una postura de los derechos humanos, ya que el término poblaciones vulnerables podrían tener otra connotación.

El papel del salubrista o sanitarista y su responsabilidad social ante contingencias sanitarias

Hasta aquí se han vertido algunos puntos de vista para la reflexión del papel de la salud pública y del profesional de la sanidad poblacional. En referencia a la salud mental, es necesario reconocer que requiere de un objeto de estudio bien definido, de conocimientos y de valores que implican una actitud ante la vida, de una identidad profesional propia, que no quede intrincada con el profesional de la medicina o como su auxiliar, sino como un ente social que genere cambios en favor de la población, desde la vigilancia psicoepidemiológica.

Más allá de lo anterior, estamos defendiendo un enfoque eudaepidemiológico, que favorece la promoción y educación *para* y *en* la salud, sin soslayar la responsabilidad de la prevención primaria, secundaria y terciaria que se presta en los sistemas de salud. Debe pensarse más allá de las cuatro paredes de las unidades médicas, pues en el caso de la salud mental, la atención se encuentra precarizada; se debe aspirar a que existan menos pacientes y a que se proporcione un tratamiento de quienes padecen las enfermedades, es decir, tratar enfermos y no enfermedades de manera descontextualizada.

Conclusiones

Como hemos podido vislumbrar en este breve texto, el panorama general de la salud mental en México y en el mundo, posterior a la pandemia de COVID-19, ha rebasado los pronósticos que hasta antes se tenían de que las grandes epidemias o pandemias que azotarían a la humanidad serían los trastornos emocionales y las psicopatologías.

Asimismo, podemos señalar que el papel que juega la salud pública y en particular los profesionales que se forman como sanitaristas, exige de ellos un alto compromiso social y un pensamiento crítico, informado y desde una postura transdisciplinaria de los fenómenos salud-enfermedad-atención, lo cual implica el claro conocimiento de su objeto de estudio y de su identidad profesional y ética. Desde el enfoque señalado por Navarro (1997), la salud pública “no es una rama de la medicina [...] al contrario, la medicina constituye una rama de la salud pública” (p.54).

Lo anterior mantiene fuertes implicaciones de la salud pública y en particular de los profesionales sanitaristas para que, a través de la investigación rigurosa, el abordaje social, transdisciplinario y holístico y la participación desde su propio objeto de estudio, aporten elementos de apoyo a los tomadores de decisiones y a las políticas públicas, para llevar una mayor justicia social en materia de salud poblacional.

Referencias

- Almeida-Filho, N. (2021). Sindemia, infodemia, pandemia de COVID-19: Hacia una epidemiología de enfermedades emergentes. *Salud colectiva*, 17, e3748. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3748>
- 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.
- Hernández, W., Cozzubo, A., Aguilar, J. C., Ledgard, D., & Agüero, J. (2022). *El impacto de la pandemia por la COVID-19 sobre la violencia familiar: diferenciando víctimas, tipos de violencia y niveles de riesgo en el Perú. [UNDP LAC Working Paper No. 30]*. UNDP. <https://www.undp.org/es/latin-america/publications/el-impacto-de-la-pandemia-por-la-covid-19-sobre-la-violencia-familiar-diferenciando-v%C3%ADctimas-tipos-de-violencia-y-niveles>
- León, C., & Olivera, E. (2022). Revisión sistemática sobre la salud mental en el contexto COVID-19. *Revista de Investigaciones de la Universidad Le Cordon Bleu*, 9(1), 61-78. <https://doi.org/10.36955/RIULCB.2022v9n1.006>
- McMahon, N. E. (2021). Understanding COVID-19 through the lens of ‘syndemic vulnerability’: possibilities and challenges. *International Journal of Health Promotion and Education*, 59(2), 67-9. <https://doi.org/10.1080/14635240.2021.1893934>
- Molina, G. (1997). *Introducción a la salud pública*. Escuela Nacional de Salud Pública.
- Mora-Alvarado, D. A. (2022). Sindemia de la “COVID-19” en el mundo. *Revista Tecnología en marcha*, 35(5), 107–119. <https://doi.org/10.18845/tm.v35i5.6062>
- Navarro, M. (1997). Concepto actual de salud pública. En F. Martínez (Coord.), *Salud Pública* (pp. 49-54). McGraw-Hill.
- Organización de las Naciones Unidas. (2020). *El consumo global aumenta a pesar de que el COVID-19 tiene un impacto de gran alcance en los mercados mundiales de drogas*. <https://coronavirus.onu.org.mx/el-consumo-global-aumenta-a-pesar-de-que-el-covid-19-tiene-un-impacto-de-gran-alcance-en-los-mercados-mundiales-de-drogas>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Un informe de la OMS pone de relieve el déficit mundial de inversión en salud mental*. <https://www.who.int/es/news/item/08-10-2021-who-report-highlights-global-shortfall-in-investment-in-mental-health>
- Ortiz-Acevez, E. (2022). *Percepciones sobre muerte digna: morir sin dolor en los tiempos del COVID-19* [Tesis de grado no publicada]. Universidad de Guadalajara, México.
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33(2). <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>

- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., & Escobar-Córdoba, F. (2020). Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 48(4). <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
- Rojas-Díaz, R. (s/f). *Factores de riesgo que han contribuido al aumento en los índices de violencia intrafamiliar ante la pandemia por Covid 19 en México*. <http://psicologia.iberomx/wp-content/uploads/2020/11/Factores-de-riesgo-que-han-contribuido-al-aumento-en-los-i%CC%81ndices-de-violencia-intrafamiliar-ante-la-pandemia-por-Covid-19-en-Me%CC%81xico-1.pdf>
- Urzúa, A., Samaniego, A., Caqueo-Urizar, A., Zapata, A., & Irarrázaval, M. (2020). Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile. *Revista Médica de Chile*, 148(8), 1121-1127. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000801121>
- Vázquez, J. C., Ángel, M., Preciado, M., & Colunga, C. (2021). *La salud mental positiva ocupacional hoy. Investigaciones en diversos ámbitos laborales*. Qartuppi. <https://doi.org/10.29410/QTP.21.18>
- Vázquez-Colunga, J. C., Pando-Moreno, M., Colunga-Rodríguez, C., Preciado-Serrano, M. L., Orozco-Solís, M. G., Ángel-González, M., & Vázquez-Juárez, C. L. (2017). Salud mental positiva ocupacional: propuesta de un modelo teórico para el abordaje positivo de la salud mental en el trabajo. *Saúde e Sociedade*, 26(2), 584-595. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017169061>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Environmental Research and Public Health*, 17(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

Capítulo 2

Alteraciones emocionales en jóvenes después de padecer COVID-19

*Daniela María Velásquez Cabrera, José María De La Roca Chiapas
y Martha Alicia Hernández González*

El virus del síndrome respiratorio agudo severo 2 (SARS-CoV-2, por sus siglas en inglés) es una cepa de coronavirus surgida en 2019, en la provincia de Wuhan, China, que mantuvo al mundo en una emergencia sanitaria durante dos años (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). No obstante, se tienen experiencias previas con otras cepas de la misma familia en el año 2003; con esa primera epidemia de SARS, se realizaron estudios sobre salud mental, durante y después del brote, en los pacientes, familiares, público en general y personal médico. Además, se tienen otras experiencias: en 2012, con el coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV); en 2009, con el virus H1N1, a partir del cual se incluyó a la salud mental en las políticas de salud; y entre 2015 y 2016, el Zika (Huremović, 2019).

Entre los síntomas neurológicos y psicológicos causados por el SARS-CoV y MERS-CoV, durante el padecimiento agudo, se encuentran: depresión, ansiedad, memoria alterada, atención o concentración afectada, insomnio, confusión y delirio. Además, en algunos estudios se ha reportado reacción a estrés agudo, depresión psicótica, desorden psicótico no especificado, sentimientos de soledad, aburrimiento y frustración debido al aislamiento (Rogers et al., 2020).

Posterior al padecimiento del SARS y el MERS, algunos estudios reportaron síntomas de depresión, insomnio, problemas en memoria, labilidad emocional e irritabilidad, así como recuerdos traumáticos, desórdenes del sueño, fatiga y estrés postraumático. Estas alteraciones neuropsiquiátricas se reportaron entre el 10% y el 35% de los casos en un estado posterior a la enfermedad (Rogers et al., 2020). Así como alteraciones a nivel mnémico y de concentración que seguían presentes luego de 39 meses después de la infección (Pistarini et al., 2021).

COVID-19: síntomas

Los primeros casos de COVID-19 se dieron en la ciudad de Wuhan y se divulgaron el 31 de diciembre del 2019, a través de un comunicado de prensa, donde se expusieron casos de una neumonía viral. El 9 de enero del 2020, las autoridades chinas comunicaron a la OMS que la causa de dicha neumonía era el SARS-CoV-2 y el 11 de enero se publicó la secuencia genética del virus. El primer caso fuera de China fue en Tailandia, el 13 de enero; en México, el 27 de febrero se dio a conocer el primer caso. La pandemia fue declarada el 11 de marzo del 2020 (OMS, 2021).

Hasta la fecha se conocen diversas variantes del virus, originadas por los cambios en el material genético. Organizadas según las olas vividas en México, la primera fue causada por variantes locales, la segunda por la B1.1.519, la tercera por delta —al principio, con casos de alfa y gamma—; la cuarta generada por la variante ómicron y su linaje (Secretaría de Salud, 2022).

La enfermedad se caracteriza por síntomas respiratorios como fiebre, tos, dolor muscular, fatiga (falta de energía y motivación), congestión nasal, producción de flema, falta de aire o dificultad respiratoria, así como conjuntivitis y dolor de cabeza, sumado a síntomas digestivos como diarrea, vómito, náuseas y pérdida de gusto y olfato (Gil et al., 2021; Huang et al., 2021). El síntoma más grave es la neumonía que se manifiesta con fiebre, tos, dificultad respiratoria y lesiones en los pulmones observables en la radiografía de tórax (Gil et al., 2021).

La letalidad general es del 1.47%. Sin embargo, las regiones con tasas más altas son África y América con 2.03% y 1.82%, respectivamente (Secretaría de Salud, 2022).

COVID-19 y grupo etario

Es conocido que el virus SARS-CoV-2 afecta con mayor gravedad y letalidad a los sujetos mayores de 60 años (Jogalekar et al., 2020). Pueden darse varias explicaciones al respecto: (1) Debido a que estos responden menos a los tratamientos, en comparación con los más jóvenes; los tratamientos con corticoesteroides, antibióticos y ventilación se usaron rutinariamente en este grupo de edad, así como un curso más prolongado de la enfermedad (con una mediana de 24, frente a 21.5 en los menores de 60). (2) Debido a los cambios fisiopatológicos asociados con el envejecimiento, tales como modificaciones a nivel pulmonar (Liu et al., 2021); al respecto, se presume que los sujetos jóvenes pueden eliminar fácilmente el virus del sistema, mostrando síntomas leves o siendo asintomáticos (Manivannan et al., 2021). (3) Debido a que son más vulnerables al desarrollo de síntomas relacionados con la salud, ansiedad y depresión (Rodríguez-Fernández et al., 2021).

Alteración emocional

Existen dos grupos de posibles estresores que pueden desencadenar conductas de riesgo para la salud y trastornos psicológicos; la situación de salud, la pérdida de familiares cercanos, el colapso en los sistemas de salud, la pérdida de empleo, la amplia cobertura mediática de la infección, la propagación de información no verídica componen el primer grupo (Li, Yang et al., 2021), mientras que el segundo grupo de estresores lo componen las medidas de prevención para el contagio del virus (i. e., aislamiento, cuarentena, distanciamiento social). Esto limita severamente las interacciones interpersonales y priva al sujeto de una defensa crucial contra los efectos negativos en la salud psicológica, lo cual afecta la vida diaria (Giorgi et al., 2020). Otro factor con un alto potencial de producir alguna alteración emocional es contraer la COVID-19 (Holingue et al., 2020).

El primer grupo de estresores ha generado situaciones de pánico, confusión, incertidumbre (Manivannan et al., 2021) y angustia psicológica, que se puede observar en las generaciones más jóvenes (menores de 50 años), incluso en sujetos sin antecedentes de condición mental. Los síntomas más comunes son ansiedad, dificultad para dormir, depresión, soledad, hiperexcitación (Holingue et al., 2020), pensamientos intrusivos y evitación (Ramírez et al., 2020). La razón más preponderante para generar el malestar negativo es el miedo a infectarse, percibiéndose con mayor riesgo de contraer la enfermedad.

Los principales factores de riesgo frente a la angustia psicológica incluyen ser mujer, estar separado, tener más días de aislamiento, tener hogares conformados por 3-5 personas, buscar información en línea sobre el coronavirus, usar redes sociales para hablar del virus, manifestar que la COVID-19 generó cambios importantes en su vida personal o identificarlo como una amenaza a su salud, su economía o sus finanzas (Holingue et al., 2020; Ramírez et al., 2020).

Otros impactos de la pandemia están relacionados con: (a) el abuso de alcohol y drogas; (b) síntomas de estrés postraumático, asociados con sentimientos de soledad, un bajo nivel educativo, ser estudiante o desempleado, tener una enfermedad psiquiátrica previa (Rodríguez-Fernández et al., 2021); (c) estrés, percibido principalmente en personas jóvenes, personal médico, profesionales de la salud y trabajadores de emergencia (Giorgi et al., 2020); (d) pensamientos suicidas, relacionados con tener menos edad, percibir poco apoyo social y tener peor salud física autoinformada (Li, Ko et al., 2020).

Las estrategias de salud pública para contener la pandemia (e. g., quedarse en casa) han aumentado los efectos de la histeria y la paranoia; también han contribuido al incremento del número de suicidios en niños, debido a los sentimientos de soledad, producto del aislamiento, que derivan en problemas mentales (Giorgi et al., 2020). Esta situación también ha elevado el sentimiento de impotencia y de desesperanza (Manivannan et al., 2021).

Ahora bien, respecto a la población mexicana, algunos datos revelan altos niveles de resiliencia, unido a severas alteraciones en la cantidad y calidad del sueño; sin embargo, se registra menor frecuencia de diagnósticos de ansiedad, depresión y estrés en comparación con datos a nivel internacional. Por su parte, los sujetos sin antecedentes de alteración emocional presentan mayores puntuaciones en sintomatología ansiosa y depresiva (Rodríguez-Hernández et al., 2021).

A nivel mundial, la prevalencia de ansiedad y depresión ha variado de 8.3% a 45.1%, con factores de riesgo como ser estudiante, desempleado, ama de casa, trabajador de la salud, tener un tratamiento psiquiátrico actual o anterior, tener antecedente de enfermedad mental y ser mujer. Mientras que, respecto a la depresión, la frecuencia fue desde 14.6% hasta 46.42%, relacionada con variables como tener bajos ingresos o no tenerlos, ser estudiante, estar desempleado, ser soltero, divorciado o viudo, tener bajo nivel educativo, tener una enfermedad psiquiátrica previa y tener peor autopercepción de salud. Para ambos casos el ser joven también se asoció con mayor prevalencia (Rodríguez-Fernández et al., 2021).

Estudiantes universitarios

En una investigación realizada en México con 1508 participantes nacionales e internacionales que no habían padecido COVID-19, se encontró que un 65.2% de la muestra denotaba algún tipo de sintomatología ansiosa, con 16.8% en un nivel de ansiedad leve, 27.6% moderada y 20.8% grave. Mientras que, respecto a la depresión, el 22.3% presentaba un nivel leve, el 1.5% moderada y el 27.5% grave (Ramírez et al., 2020).

Residentes y personal de la salud

Durante las crisis sanitarias agudas, el personal del sector salud tiene mayor riesgo de desarrollar alteraciones emocionales, debido a que está sometido a tensión excesiva que impacta de forma negativa. Dentro de este grupo poblacional, son más vulnerables los enfermeros, las mujeres y los trabajadores de la primera línea de atención (Lai et al., 2020).

Además, existe un estigma y discriminación hacia los trabajadores de la salud, lo que aumenta el riesgo de psicopatologías, principalmente, depresión, trastornos relacionados con el estrés y del sueño, agotamiento emocional, angustia psicológica y ansiedad (Li, Yang et al., 2021). Asimismo, la abrumadora carga de trabajo, la carencia de equipos de protección personal, la falta de medicamentos, el no contar con el apoyo adecuado y el miedo a infectar a familiares, amigos y colegas, desemboca en pérdida de confianza de los profesionales en sí mismo y en el sistema de salud (Lai et al., 2020; Shanafelt et al., 2020).

En investigaciones en trabajadores de salud en México, respecto a los padecimientos durante la pandemia, se determinó la presencia de estrés, ansiedad y depresión. Los resultados mostraron que el estrés es más frecuente en médicos residentes y solteros, mientras que la ansiedad y la depresión son más frecuentes en mujeres, solteros y personal de enfermería (Lucas-Hernández et al., 2022). En otra investigación, se evaluó el estado de la salud mental en trabajadores de hospitales durante las primeras siete semanas de la pandemia; al respecto, se encontró que el 57.3% del personal médico presentó riesgo de estrés postraumático leve, 7.9% moderado y 2.77% severo, siendo más frecuentes entre médicos y enfermeras, en aquellos que laboran en área metropolitana o los que trabajan en empresas privadas, así como los diagnosticados con COVID-19 o que estuvieron expuestos a un caso reciente (Real-Ramírez et al., 2020). Por otra parte, se encontró que el 70.02% tiene riesgo de presentar desgaste (*burnout*); al respecto, el personal médico presentó la mayor proporción de participantes en riesgo, así como aquellos participantes con diagnóstico confirmado de COVID-19 o que estuvieron expuestos a una persona con el diagnóstico, y aquellos que se encuentran en el rango de edad de 30 a 49 años (Real-Ramírez et al., 2020).

Pacientes con infección positiva SARS-CoV-2

Los pacientes diagnosticados con la infección de SARS-CoV-2 son posiblemente la población más vulnerable frente a los daños del estigma en la salud mental. El miedo a dicho estigma puede impedir al sujeto buscar ayuda médica oportuna, lo cual exacerba el impacto psicológico y social negativo de la infección (Li, Yang et al., 2021).

En estos pacientes se reportaron alteraciones emocionales (ansiedad, depresión y dificultades para dormir) luego de seis meses del alta hospitalaria, en adultos de 45 a 65 años; al respecto, los pacientes más graves tenían un mayor riesgo de dichos diagnósticos (Huang et al., 2021). Por su parte, en un metaanálisis se identificó que los pacientes hospitalizados durante la fase aguda de la infección tenían menos probabilidad de desarrollar depresión, ansiedad —siendo estos los diagnósticos más prevalentes— (Holingue et al., 2020) y problemas de sueño, tres meses o más después del inicio de síntomas, en comparación con los no hospitalizados. Además, estos trastornos fueron más frecuentes a largo plazo que en el corto plazo (Premraj et al., 2022).

En este sentido, la prevalencia de ansiedad fue de 47% en pacientes que tuvieron COVID-19, mientras que en los trabajadores de salud fue de 26% y en el público en general fue de 32%. En referencia a la depresión, los pacientes con COVID-19 tuvieron mayor prevalencia que el público general y los trabajadores de la salud; estos últimos registraron una proporción similar (25% y 27%, respectivamente). Esta propensión continuó en la presencia de síntomas de estrés postraumático (93%) (Luo et al., 2020).

Además de la tendencia a una mayor prevalencia de depresión y ansiedad, tanto en pacientes recientemente infectados de COVID-19 como en población general, se identificaron otros síntomas como irritabilidad (Zhang et al., 2020).

Propósito del estudio

Dado lo anterior, se realizó un estudio para identificar las alteraciones emocionales en jóvenes que tuvieron COVID-19, con el propósito de contar con elementos para ser considerados en la atención de la salud mental de este sector poblacional.

Método

Muestra

En la investigación participaron 33 pacientes recuperados de COVID-19, con una mediana de 235 (57-370) días después de la recuperación de la infección, siguiendo los criterios de la OMS (2021). Tres sujetos pertenecían a la primera ola, 12 a la segunda, cuatro a la tercera y 14 a la cuarta. Con 17 (51.5%) ubicados en el corto plazo (menos de 6 meses) y 16 (48.5%) en largo plazo (6 meses o más).

Las características de los participantes se describen a continuación. El 81.8% son mujeres, con una edad promedio de 26.8 (DE = 4.8); si bien en el protocolo original se trabaja con sujetos de 18 a 50 años, para este reporte se realizó un corte a los 35 años. El 93.9% es soltero y el 69.7% tiene un nivel educativo máximo de licenciatura. Un paciente tiene diagnóstico de diabetes (3%) y otro de hipertensión (3%), mientras que el 75.8% de los sujetos no presentan ninguna enfermedad actual. El 72% manifestó que tenía un diagnóstico de alteración emocional previa y, a nivel de los antecedentes psicológicos familiares, la depresión fue la más reportada (42.4%). El 60.6% ha asistido a terapia psicológica (Tabla 1).

En referencia al cuadro de COVID-19, los síntomas más comunes fueron el cansancio, la tos y la fiebre. La mayoría de los sujetos presentaron una enfermedad leve (87.9%), mientras que 1 (3%) recibió oxígeno (cánula). Respecto a la persistencia de los síntomas, 24 sujetos manifestaron que algunos de estos continuaban después de la recuperación de la infección, siendo los más prevalentes la fatiga (33.3%), los problemas de concentración (21.2%), el insomnio y la dificultad para respirar (15.2%) (Tabla 2).

Respecto a la duración mediana de los síntomas fue de 10 días (6.5-15), el tiempo de persistencia fue de 30 días (0-181) y el tiempo desde la recuperación fue de 235 (57-370) (Tabla 3).

Tabla 1

Características de los sujetos (n = 33)

Variable	Categoría	n (%)
Género	Femenino	27 (81.8)
	Masculino	6 (18.2)
Estado civil	Soltero	31 (93.9)
	Unión libre	1 (3)
	Casado	1 (3)
Nivel de escolaridad	Preparatoria	6 (9.1)
	Carrera técnica	1 (3)
	Licenciatura	23 (69.7)
	Posgrado	6 (18.2)
Ocupación	Estudiante	14 (42.4)
	Docente	3 (9.1)
	Trabajador general IMSS	1 (3)
	Personal de la salud	3 (9.1)
	Residentes de medicina	6 (18.2)
	Trabajador de empresa	5 (15.2)
Antecedentes familiares psicológicos	No trabaja	1 (3)
	Depresión	14 (42.4)
	Ansiedad	6 (18.2)
	Esquizofrenia	2 (6.1)
Antecedentes personales psicológicos	Demencia	5 (15.2)
	Duelo	2 (6.1)
	Trastornos de conducta alimentaria	2 (6.1)
	Depresión	8 (24.2)
	Ansiedad	11 (33.3)
Enfermedad actual	Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)	1 (3)
	Ninguna	25 (75.8)
	Diabetes	1 (3)
	Hipertensión	1 (3)
	Disautonomía vasopresora	1 (3)
	Dermografismo	1 (35)
	Hipotiroidismo	1 (3)
	Síndrome de ovario poliquístico	1 (3)
Insuficiencia renal crónica	1 (3)	
Terapias	Virus del papiloma humano (VPH)	1 (3)
	Terapia psicológica	20 (60.6)
	Cambio rutina de sueño (si)	22 (66.7)
	Sueño reparador	18 (54.5)

Nota. IMSS = Instituto Mexicano del Seguro Social; si = sueño intermitente.

Tabla 2

Características del cuadro de COVID-19 (n = 33)

Variable	Categoría	n (%)
Síntomas	Tos	20 (60.6)
	Fiebre	20 (60.6)
	Cansancio	24 (72.7)
	Dolor garganta	12 (36.4)
	Dolor de cabeza	16 (48.5)
	Dolor cuerpo	17 (51.5)
	Dificultad para respirar	11 (33.3)
	Dolor al respirar	1 (3)
	Pérdida de fuerza	1 (3)
	Pérdida de olfato	13 (39.4)
	Pérdida del gusto	9 (27.3)
	Disfonía	2 (6.1)
	Escalofrío	4 (12.1)
	Taquicardia	2 (6.1)
	Presión/dolor pecho	7(21.2)
	Mareos	5 (15.2)
	Náusea-Vómito	1 (3)
	Diarrea	2 (6.1)
	Pérdida de apetito	1 (3)
	Congestión nasal	10 (30.3)
	Estornudo	2 (6.1)
	Incapacidad hablar o moverse	4 (12.1)
	Neumonía	1 (3)
	Confusión	2 (6.1)
	Somnolencia	1 (3)
	Pérdida de peso	1 (3)
	Pérdida de cabello	3 (9.1)
	Agitación	1 (3)
	Fatiga	1 (3)
	Escurrimiento nasal	1 (3)
	Somnolencia	1 (3)
	Nivel de severidad	Leve
Moderado		4 (12.1)
Tratamiento	Hospitalización	1 (3)
	Recibió Oxígeno	1 (3)

Variable	Categoría	n (%)
Persistencia de los síntomas	Síntomas persisten	24 (72.7)
	Dolor muscular	2 (6.1)
	Tos	2 (6.1)
	Dificultad para respirar	5 (15.2)
	Disfonía	1 (3)
	Congestión nasal	1 (3)
	Falta de oxígeno	4 (12.1)
	Dolor en el pecho	2 (6.1)
	Fatiga	11 (33.3)
	Dolor de cabeza	2 (6.1)
	Problemas de concentración	7 (21.2)
	Pérdida del gusto	3 (9.1)
	Pérdida del olfato	1 (3)
	Insomnio	5 (15.2)
	Problemas de memoria	3 (9.1)
	Trombo	1 (3)
	Taquicardia	3 (9.1)
Miedo	1 (3)	

Tabla 3

Duración, persistencia y recuperación (número de días)

Variable	Mediana (Q25 – Q75)
Duración de los síntomas	10 (6.5 – 15)
Tiempo de persistencia de síntomas	30 (0 – 181)
Tiempo desde la recuperación COVID-19	235 (57 – 370)

Instrumento

Para el diagnóstico, se aplicó la *MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional* que toma alrededor de 15 minutos e indaga sobre los principales trastornos psiquiátricos basados en el DSM-IV.

Resultados

Los resultados son de 33 pacientes que hacen parte de una investigación en curso titulada “Correlación entre tiempo de recuperación del SARS-CoV-2 y puntuaciones en funciones ejecutivas en pacientes que superaron la COVID-19”, con una mediana de 235 (57-370) días después de la recuperación de la infección, siguiendo los criterios de la OMS (10 días después del inicio de los síntomas más tres días sin síntomas respiratorios, o 10 días después de la prueba positiva en pacientes asintomáticos) (OMS).

Alteraciones emocionales reportadas por la MINI:

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

En los pacientes se halló que solo el 27% no presenta ninguna alteración emocional (Figura 1), siendo las más frecuentes la depresión y la ansiedad. Mientras que la mayoría de los pacientes (54.5%) presenta más de un diagnóstico, como puede observarse en la Figura 2.

Figura 1

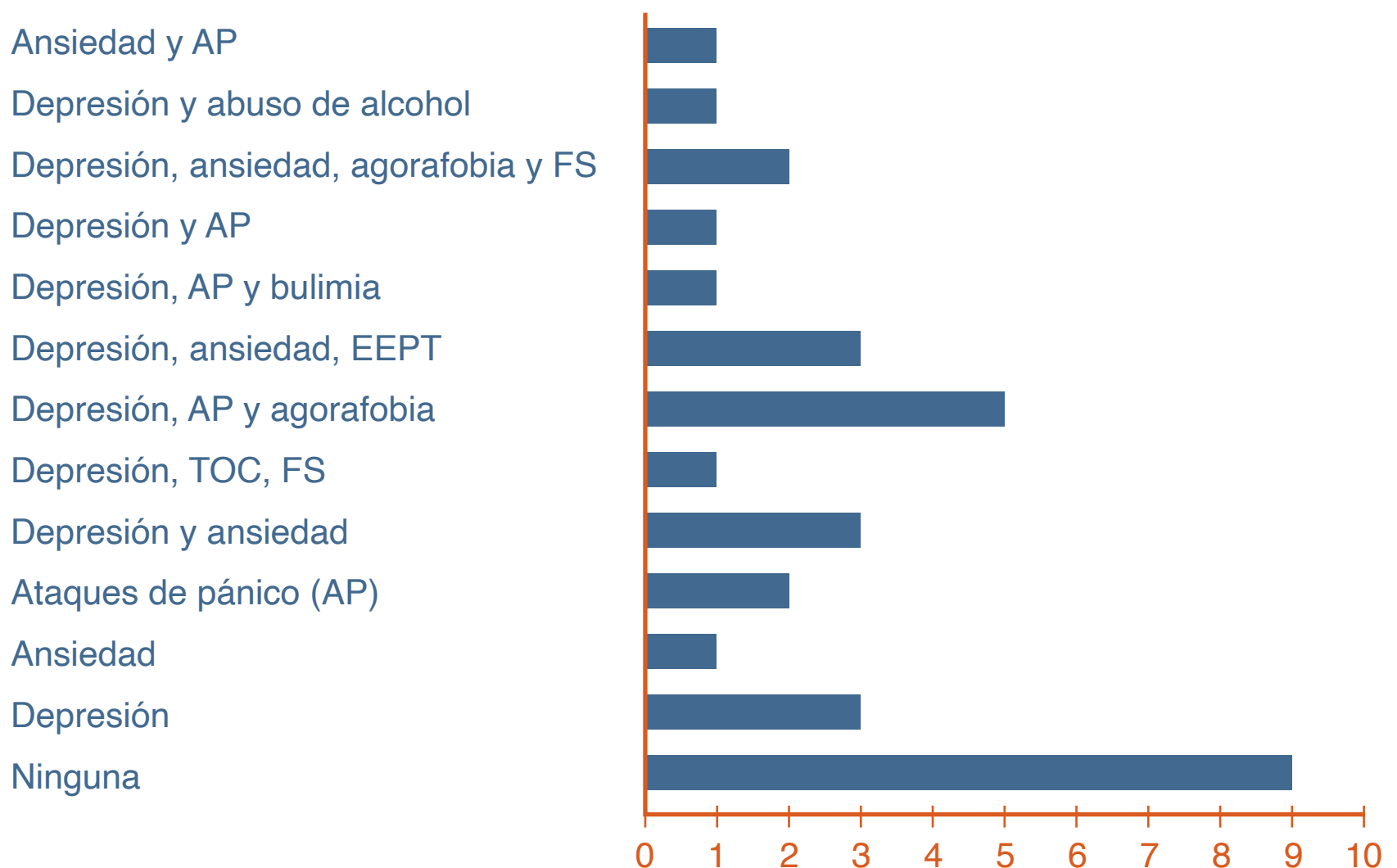
Alteraciones emocionales



Figura 2

Alteración emocional. Diagnósticos de la MINI:

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional



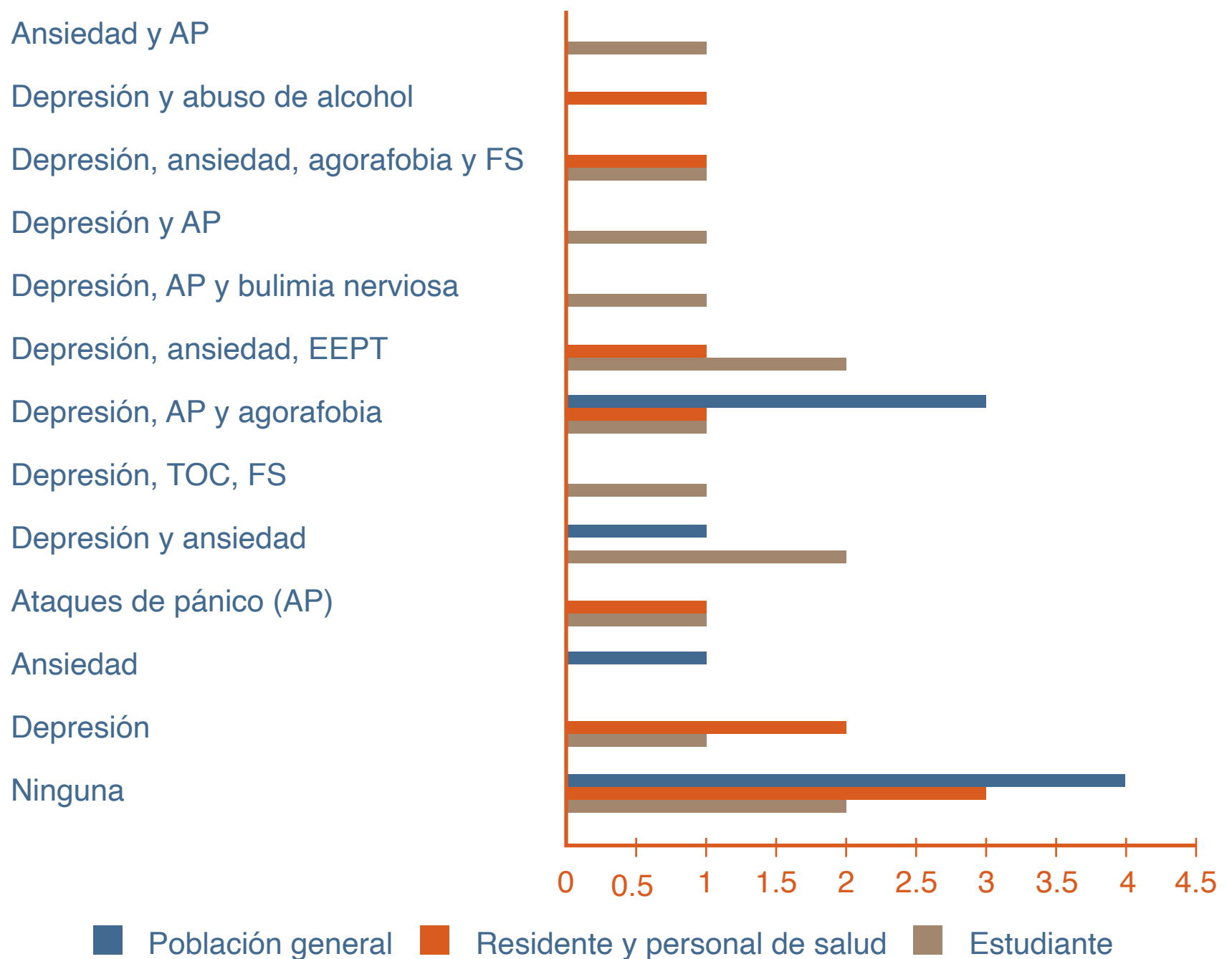
Nota. TOC = Trastorno obsesivo compulsivo; FS = Fobia social; EEPT = Estado de estrés postraumático.

Al dividir la muestra en relación con la ocupación, se organizaron tres grupos: estudiantes universitarios (n = 14), residentes y trabajadores de la salud del IMSS (n = 10) y población general (n = 9). Al respecto, en el grupo de estudiantes, 12 sujetos presentaron alteración emocional (85.7%), mientras que en el segundo grupo lo presentaron 7 (70%) y en la población general 5 (55.6%) (Figura 3).

Figura 3

Diagnósticos identificados a través del MINI:

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, divididos según la ocupación



Nota. TOC: Trastorno obsesivo compulsivo; FS = Fobia social; EEPT: Estado de estrés postraumático.

La prevalencia de las alteraciones emocionales, halladas en los resultados preliminares de esta investigación, son altas (68%) y se asemejan a lo reportado por Luo et al. (2020); al respecto, se han identificado trastornos con mayor frecuencia en los estudiantes universitarios.

Conclusión

La pandemia de COVID-19 ha tenido impactos devastadores como pérdidas humanas, afectaciones de los sistemas de salud y alteraciones psicológicas; estas últimas van desde síntomas aislados (e. g., miedo, soledad, desmoralización, desamparo, deterioro en el funcionamiento social u ocupacional) hasta trastornos complejos (e. g., ansiedad, depresión, insomnio, trastornos de estrés postraumático) (Ramírez-Ortiz et al., 2020).

Frente a esto, varios autores (Harper et al., 2020; Mamzer, 2020; Roy et al., 2020;) han planteado que se debe tomar acción con relación a esta realidad, identificando de forma inicial cuáles son los factores relacionados a la prevalencia de dichos sentimientos. Como acto seguido, se recomienda mejorar la accesibilidad a los servicios de salud mental, a través de recursos como las asesorías y terapias psicológicas por llamadas o videollamadas, o a través de programas digitales y redes integradas, que promuevan una mejor calidad de vida (Real-Ramírez et al., 2020); además, se recomienda brindar apoyo a través de la atención primaria, con campañas que tengan como objetivo promover recursos y estrategias de autocuidado, así como disminuir la estigmatización de la atención psicológica (Holingue et al., 2020).

En el ámbito específico del personal de salud, Shanafelt et al. (2020) propusieron algunas estrategias para abordar a esta población, basadas en cinco de sus solicitudes: “escúchame, protégeme, prepárame, apóyame y cuídame” (p.2133).

Finalmente, se debe promover la presencia de los factores de protección que han sido reportados por la literatura, tales como contar con recursos médicos suficientes, información actualizada y precisa de la enfermedad, a través de la divulgación de datos con rigor científico, así como cuidados personales como medidas de precaución para ayudar a disminuir el impacto psicológico (Luo et al., 2020).

Referencias

- Gil, R., Bitar, P., Deza, C., Dreyse, J., Florenzano, M., Ibarra, C., Jorquera, J., Melo, J., Olivi, H., Parada, M. T., Rodríguez, J. C., & Undurraga, Á. (2021). CUADRO CLÍNICO DEL COVID-19. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(1), 20–29. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.11.004>
- Giorgi, G., Lecca, L. I., Alessio, F., Finstad, G. L., Bondanini, G., Lulli, L. G., Arcangeli, G., & Mucci, N. (2020). COVID-19-related mental health effects in the workplace: A narrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(21), 1–22. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217857>
- Harper, C. A., Satchell, L., Fido, D., & Latzman, R. (2020). Functional fear predicts public health compliance in the COVID-19 pandemic. *PsyArXiv*. <https://psyarxiv.com/jkfu3/>
- Holingue, C., Badillo-Goicoechea, E., Riehm, K. E., Veldhuis, C. B., Thrul, J., Johnson, R. M., Fallin, M. D., Kreuter, F., Stuart, E. A., & Kalb, L. G. (2020). Mental distress during the COVID-19 pandemic among US adults without a pre-existing mental health condition: Findings from American trend panel survey. *Preventive Medicine*, 139. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106231>
- Huang, C., Huang, L., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Gu, X., Kang, L., Guo, L., Liu, M., Zhou, X., Luo, J., Huang, Z., Tu, S., Zhao, Y., Chen, L., Xu, D., Li, Y., Li, C., Peng, L., ... Cao, B. (2021). 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *The Lancet*, 397(10270), 220–232. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32656-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32656-8)
- Huremović, D. (Ed.). (2019). *Psychiatry of Pandemics. A Mental Health Response to Infection Outbreak*. Springer. <https://www.sonepsyn.cl/web/covid19/11.pdf>
- Jogalekar, M. P., Veerabathini, A., & Gangadaran, P. (2020). Novel 2019 coronavirus: Genome structure, clinical trials, and outstanding questions. *Experimental Biology and Medicine*, 245(11), 964–969. <https://doi.org/10.1177/1535370220920540>
- 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., & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Li, D. J., Ko, N. Y., Chen, Y. L., Wang, P. W., Chang, Y. P., Yen, C. F., & Lu, W. H. (2020). Covid-19-related factors associated with sleep disturbance and suicidal thoughts among the taiwanese public: A facebook survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 1–12. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124479>

- Li, W., Yang, Y., Ng, C. H., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Xiang, Y. T. (2021). Global imperative to combat stigma associated with the coronavirus disease 2019 pandemic. *Psychological Medicine*, *51*(11), 1957–1958. <https://doi.org/10.1017/S0033291720001993>
- Liu, Y. H., Wang, Y. R., Wang, Q. H., Chen, Y., Chen, X., Li, Y., Cen, Y., Xu, C., Hu, T., Liu, X. D., Yang, L. L., Li, S. J., Liu, X. F., Liu, C. M., Zhu, J., Li, W., Zhang, L. L., Liu, J., & Wang, Y. J. (2021). Post-infection cognitive impairments in a cohort of elderly patients with COVID-19. *Molecular Neurodegeneration*, *16*(1). <https://doi.org/10.1186/s13024-021-00469-w>
- Lucas-Hernández, A., González-Rodríguez, V. del R., López-Flores, A., Kammar-García, A., Mancilla-Galindo, J., Vera-Lastra, O., Jiménez-López, J. L., & Peralta-Amaro, A. L. (2022). Estrés, ansiedad y depresión en trabajadores de salud durante la pandemia por COVID-19. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, *60*(5), 556–562.
- Luo, M., Guo, L., Yu, M., & Wang, H. (2020). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, *291*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113190>
- Mamzer, H. (2020). Posmodern Society and COVID-19. Pandemic: old, new and scary. *Society Register*, *4*(2), 7-18.
- Manivannan, M., Jogalekar, M. P., Kavitha, M. S., Maran, B. A. V., & Gangadaran, P. (2021). A mini-review on the effects of COVID-19 on younger individuals. *Experimental Biology and Medicine*, *246*(3), 293–297. <https://doi.org/10.1177/1535370220975118>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19*. <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
- Pistarini, C., Fiabane, E., Houdayer, E., Vassallo, C., Manera, M. R., & Alemanno, F. (2021). Cognitive and Emotional Disturbances Due to COVID-19: An Exploratory Study in the Rehabilitation Setting. *Frontiers in Neurology*, *12*(May), 1–8. <https://doi.org/10.3389/fneur.2021.643646>
- Premraj, L., Kannapadi, N. V., Briggs, J., Seal, S. M., Battaglini, D., Fanning, J., Suen, J., Robba, C., Fraser, J., & Cho, S. M. (2022). Mid and long-term neurological and neuropsychiatric manifestations of post-COVID-19 syndrome: A meta-analysis. *Journal of the Neurological Sciences*, *434*. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2022.120162>
- Ramírez, L. P. G., Arriaga, R. J. M., Hernández-Gonzalez, M. A., & de la Roca-Chiapas, J. M. (2020). Psychological distress and signs of post-traumatic stress in response to the COVID-19 health emergency in a Mexican sample. *Psychology Research and Behavior Management*, *13*, 589–597. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S259563>

- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., & Escobar-Córdoba, F. (2020). *Consecuencias de la pandemia Covid 19 en la salud mental asociadas al aislamiento social*. [Preprint]. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.303>
- Real-Ramírez, J., García-Bello, L. A., Robles-García, R., Martínez, M., Adame-Rivas, K., Balderas-Pliego, M., García-Alfaro, C., Pérez-Cabañas, E., Sierra-Medina, S., Romero-González, M., & Alcocer-Castillejos, N. (2020). Well-being status and post-traumatic stress symptoms in health workers attending mindfulness sessions during the early stage of the COVID-19 epidemic in Mexico. *Salud Mental, 43*(6), 303–310. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2020.041>
- Rodríguez-Fernández, P., González-Santos, J., Santamaría-Peláez, M., Soto-Cámara, R., Sánchez-González, E., & González-Bernal, J. J. (2021). Psychological effects of home confinement and social distancing derived from covid-19 in the general population—a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(12). <https://doi.org/10.3390/ijerph18126528>
- Rodríguez-Hernández, C., Medrano-Espinosa, O., & Hernández-Sánchez, A. (2021). Salud mental de los mexicanos durante la pandemia de COVID-19. *Gaceta de México, 157*(3). <https://doi.org/10.24875/gmm.20000612>
- Rogers, J. P., Chesney, E., Oliver, D., Pollak, T. A., McGuire, P., Fusar-Poli, P., Zandi, M. S., Lewis, G., & David, A. S. (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry, 7*(7), 611–627. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30203-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0)
- Roy, D., Tripathy, S., Kar, S. K., Sharma, N., Verma, S. K., & Kaushal, V. (2020). Study of Knowledge, attitude, anxiety & Perceived mental Healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian Journal of Psychiatry, 51*. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102083>
- Secretaría de Salud. (2022). *Informe Integral de Covid-19 en México*. Gobierno de México. https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2022/02/Info-03-22-Int_COVID-19_16feb22.pdf
- Shanafelt, T., Ripp, J., & Trockel, M. (2020). Understanding and Addressing Sources of Anxiety among Health Care Professionals during the COVID-19 Pandemic. *JAMA - Journal of the American Medical Association, 323*(21), 2133–2134. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893>
- Zhang, J., Lu, H., Zeng, H., Zhang, S., Du, Q., Jiang, T., & Du, B. (2020). The differential psychological distress of populations affected by the COVID-19 pandemic. *Brain, Behavior, and Immunity, 87*, 49–50. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.031>

Capítulo 3

Estrés laboral, miedo al contagio y la cercanía de la muerte
desde la perspectiva de médicos residentes
frente a la pandemia de COVID-19

*Cecilia Colunga-Rodríguez, Adriana Monserrat Vázquez-Manzo,
Julio César Vázquez-Colunga, Diana Mercedes Hernández-Corona
y Mario Ángel-González*

A causa de la pandemia por SARS-CoV-2, los sistemas sanitarios se han modificado en todo el mundo. Ante esto, los hospitales con atención a pacientes diagnosticados con COVID-19 han tenido que reestructurar sus equipos y formas de trabajo, con la finalidad de hacer frente a la emergencia sanitaria y brindar atención médica a la población (Treluyer & Tourneux, 2021).

El personal de salud ha sido la población de trabajadores con mayor exposición a la COVID-19, caracterizada por elevadas cargas de trabajo y extensas jornadas. Por ello, algunos autores han reportado que este grupo de trabajadores ha presentado mayores niveles de estrés laboral (Prasad et al., 2021).

Los médicos residentes forman parte del equipo de trabajo sanitario que, durante la pandemia, se ha enfrentado al virus SARS-CoV-2 y se ha expuesto a los factores previamente mencionados, condicionándolos al desarrollo de estrés laboral. Este se ha intensificado por el temor a contagiarse y contagiar a sus familias.

A pesar del gran papel que desempeñan los médicos residentes en los hospitales, existen pocos estudios que aborden el temor y el estrés provocado por la pandemia de COVID-19 en su jornada de trabajo.

Por lo anterior, el propósito de este capítulo es presentar algunos de los resultados de una investigación más amplia, cuyo tema giró en torno a condiciones de trabajo, estrés laboral y la percepción de riesgo de enfermedad en el trabajo de médicos residentes durante la pandemia de COVID-19, en hospitales de tercer nivel de atención en la Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG), en México.

Método

Diseño y población de estudio

Se realizó un estudio descriptivo de tipo híbrido. Se utilizó un muestreo no probabilístico, por casos consecutivos; se incluyeron a médicos residentes inscritos en especialidades o subespecialidades médicas o quirúrgicas, con una antigüedad mayor o igual a tres meses en la residencia. La sede del estudio fueron cuatro hospitales públicos de tercer nivel de atención de la ZMG, México. El periodo de registro de datos se llevó a cabo entre el mes de junio de 2020 al mes de junio de 2021.

Instrumentos de medición

Se aplicó una cédula para la obtención de datos sociodemográficos y laborales. Se recolectaron datos como edad, sexo, número de hijos, especialidad médica, año de residencia, tipo de especialidad.

Fase cuantitativa

Para el registro del tiempo de jornada de trabajo, se diseñó una cédula de autoinforme en la que se recabó el número de horas laboradas por turno o guardia y por semana en la unidad de adscripción del médico residente.

Asimismo, se aplicó la escala de estrés laboral para médicos mexicanos, validada por Hernández et al. (2012), ($\alpha = .85$). Dicho instrumento está basado en el *modelo desequilibrio esfuerzo-recompensa* (Siegrist, 2016) con 38 reactivos distribuidos en seis dimensiones: (1) *Desgaste emocional*, que hace referencia a la parte emocional y consta de 11 ítems (reactivos del 1 al 11, $\alpha = .79$); (2) *Insatisfacción por la retribución recibida*, que valora la satisfacción laboral en relación con la retribución económica o de crecimiento laboral del trabajador, con seis ítems (reactivos 12 al 17, $\alpha = .79$); (3) *Insatisfacción del ejercicio profesional en las condiciones que proporciona la institución*, referente a la insatisfacción generada por un desequilibrio entre las exigencias percibidas y los recursos para hacerles frente dentro del contexto laboral, conformada por cinco ítems (reactivos 18 al 22, $\alpha = .76$); (4) *Falta de motivación para el desempeño*, que valora si el desempeño ante el trabajo es insuficiente, con seis ítems (reactivos 23 al 28, $\alpha = .75$); (5) *Exceso de demandas laborales*, que analiza si estas son excesivas desde la perspectiva del médico, integrada por seis ítems (reactivos 29 al 34, $\alpha = .75$); (6) *Demérito profesional*, que hace mención a la percepción de falta de control en el ambiente de trabajo, reconociendo que a pesar de los esfuerzos realizados, la retribución percibida y los resultados del contexto de trabajo no cambiarán, consta de cuatro ítems (reactivos 35 al 38, $\alpha = .77$). El instrumento es de autoinforme y utiliza una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, que van desde 0 al 3; el 0 indica una situación inocua y el 3 una situación altamente estresante.

Fase cualitativa

Se elaboró una guía de entrevista semiestructurada, integrada por preguntas abiertas para responder a cuestionamientos relacionados con la percepción del riesgo a la salud en el trabajo durante la pandemia, el temor al contagio personal y de sus familias, a la seguridad percibida con el uso del equipo de protección personal, entre otros cuestionamientos.

Análisis de datos

Se utilizó una estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, media aritmética, desviación estándar) para variables sociodemográficas y laborales. Respecto a la escala de estrés laboral para médicos mexicanos (Hernández et al., 2012), se calcularon las dimensiones acordes con las especificaciones de los autores y, posteriormente, se determinaron las medias de cada dimensión, así como los puntajes máximos y mínimos de cada una. Respecto al tiempo de jornada de trabajo, se calculó el número de horas laboradas por día o turno, así como por semana; en este último, se consideraron las guardias médicas. Los datos estadísticos, se analizaron con el programa SPSS versión 27®.

Para analizar los datos cualitativos derivados de las preguntas abiertas, se elaboraron categorías de análisis, se describieron en una tabla de acuerdo con sus frecuencias y se identificaron patrones de respuestas.

Consideraciones éticas

Para la realización del estudio, se consideraron los lineamientos establecidos en la *Declaración de Helsinki* (Asociación Médica Mundial, 2017) y la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO], 2005). Cabe señalar que, los médicos residentes son una población vulnerable, dadas sus condiciones de trabajo y subordinación; por ello, todos los datos recabados fueron utilizados de manera confidencial. Asimismo, se obtuvo consentimiento informado por escrito de todos aquellos que voluntariamente decidieron participar en el estudio.

Resultados

El total de la muestra fue de 50 médicos residentes provenientes de cuatro hospitales públicos de tercer nivel de atención de la ZMG. La edad mínima fue de 25 años y la máxima de 56 años, con una media de 29.82 años (DE \pm 5.781); predominó el sexo masculino y el estado civil soltero. La mayoría de los médicos residentes pertenecía a la especialidad de Medicina Interna, cursaba el primer año y trabajaba en el turno matutino, en un hospital COVID-19 (Tabla 1).

Tabla 1

Datos sociodemográficos y laborales

Variable	Categoría	Frecuencia	%
Sexo	Mujer	23	46
	Hombre	27	54
Estado civil	Soltero	37	75.5
	Casado	10	20.4
	Unión libre	1	2
	Divorciado	1	2
Especialidad médica	Medicina familiar	7	14
	Neumología pediátrica	6	12
	Rehabilitación pulmonar	1	2
	Medicina familiar	2	4
	Cirugía general	3	6
	Medicina interna	25	50
	Anestesiología	2	4
	Imagen diagnóstica y terapéutica	1	2
	Geriatría	2	4
	Reumatología	1	2
Turno	Matutino	12	24
	Vespertino	8	16
	Nocturno	11	22
	Jornada Acumulada	9	18
	Guardia ABCD	3	6
	Jornada diaria + guardia ABCD	7	14
	Sin dato	10	20
Grado de residencia	1°	18	36
	2°	16	32
	3°	2	4
	4°	3	6
	5°	1	2
Hospital COVID-19	Sí	48	96
	No	2	4

Nota. n = 50.

Respecto al estrés laboral, las dimensiones que presentaron mayores puntajes fueron Desgaste emocional, Insatisfacción por la retribución recibida y Exceso de demandas laborales (Tabla 2).

Tabla 2*Puntuación del estrés laboral por dimensiones*

Dimensión	\bar{x} (DE)	Mínimo	Máximo
Desgaste emocional	18.74 (8.6066)	0	33
Insatisfacción por la retribución recibida	10.88 (5.4121)	0	18
Insatisfacción del ejercicio profesional en las condiciones que proporciona la institución	7.04 (4.5488)	0	15
Falta de motivación para el desempeño	6.56 (5.3610)	0	18
Exceso de demandas laborales	8.16 (5.4261)	0	18
Demérito profesional	5.58 (3.8230)	0	12

Nota. n = 50; \bar{x} = media aritmética; DE = desviación estándar.

En referencia al número de horas laborado por turno/guardia y semana, la mayoría de los médicos residentes registraron una jornada laboral por debajo de la media de la muestra (Tabla 3).

Tabla 3*Descripción del tiempo de jornada de trabajo*

Criterio	Mínimo	Máximo	\bar{x} (DE)	f(%)*	f(%)**
Horas/turno-guardia	5	26	10.63 (4.3575)	27(54)	23(46)
Horas/semana	24	93	43.58 (18.307)	40(80)	10(20)

Nota. n = 50; \bar{x} = media aritmética; DE = desviación estándar; f = frecuencia; *Valores registrados por debajo de la media aritmética; **Valores registrados por arriba de la media aritmética.

Análisis descriptivo de las preguntas abiertas referentes a COVID-19 y el trabajo en médicos residentes

Respecto a los datos cualitativos, encontramos una alta frecuencia en el temor por contagio de la enfermedad; como se observa en la Tabla 4, el 90% de los médicos residentes se enfrentó al trabajo directo con pacientes infectados, el 77% tuvo tensión o estrés por atender pacientes con COVID-19, el 88% tuvo temor por contagiarse y morir a causa de la enfermedad y 94% tuvo temor de infectar a su familia por el contacto con pacientes enfermos de COVID-19, internados en el hospital donde los atendían.

Tabla 4

Percepción de contagio enfermedad y muerte por COVID-19

Variable	Categoría	f	%
Atención en el presente de pacientes COVID-19	Sí	45	90
	No	5	10
Atención en el pasado de pacientes COVID-19	Sí	46	92
	No	4	8
Percepción de estrés por atención a pacientes COVID-19	Sí	37	77.1
	No	4	8.3
	A veces	7	14.6
Percepción de temor a enfermarse y morir por COVID-19 en el contexto de sus actividades laborales	Sí	44	88
	No	6	12
Percepción de temor de contagiar a familiares de COVID-19 por cuestiones laborales	Sí	47	94
	No	3	6

Nota. n = 50.

Cabe señalar, que además de las preguntas semiestructuradas, también se incluyó la siguiente: “Alguna otra opinión que quieras agregar a las preguntas que ya has respondido”. Al respecto, uno de los participantes señaló que:

La situación más complicada es el exceso de trabajo, pero sobre todo que no nos proporcionan equipo de protección suficiente y adecuado, para sentirnos más seguros, cuando atendemos a los pacientes.

Discusión

En la presente investigación se hallaron algunas semejanzas con estudios previos como el reportado por Huarcaya-Victoria et al. (2021), quienes encontraron una distribución similar en las características de los médicos residentes: respecto al género, el 55.9% era del sexo masculino y el 44.1% del sexo femenino; respecto al estado civil, el 64.1% era soltero, y respecto al año de residencias, el 31.7% se encontraba en el primer año de especialidad.

En referencia al tiempo de jornada laboral, encontramos que los resultados de este estudio coinciden con lo reportado por Burbano et al. (2019); respecto a la cantidad de horas que los residentes médicos dedican a su actividad laboral, mencionaron que suelen ser 32 horas semanales como mínimo, más las dedicadas a las actividades escolares, por lo que suelen desarrollar altos niveles de estrés laboral. Si bien, son estudiantes

de alguna especialidad médica, como parte de su formación realizan actividades asistenciales que van aumentando de complejidad y de nivel de responsabilidad conforme avanzan en el programa de estudios, por tal razón se consideran trabajadores y, por lo tanto, susceptibles de desarrollar estrés laboral, ya que en su mayoría trabajan más de las ocho horas de jornada al día, a pesar de que esto está normado.

Con relación al temor vinculado a su trabajo con enfermos de COVID-19 hospitalizados, no podemos soslayar que pudo haber alguna influencia en el tiempo y cargas de trabajo, así como por la incertidumbre de enfermar y morir de dicha enfermedad o, en su caso, contagiar a sus familiares. En algunas instituciones, se optó por retirar a los estudiantes de servicio social, prácticas profesionales y a los pre internos para protegerlos; sin embargo, esto no ocurrió con los médicos residentes de las especialidades médicas en la ZMG.

En este sentido, algunos estudios como el realizado por Prieto-Miranda et al. (2015), también refieren que existe exceso de horas de trabajo en los médicos residentes; estos autores encontraron que los médicos residentes de todas las especialidades en Guadalajara, Jalisco, tienen una jornada media de 70.1 ± 21.1 horas/semana; particularmente en las especialidades quirúrgicas, se tiene una media de 89.1 ± 21.5 y en las médicas de 67.1 ± 19.1 horas/semana ($p < 0.0001$).

En cuanto a los aspectos psicoafectivos, en este estudio, las dimensiones Desgaste emocional e Insatisfacción por la retribución recibida se vieron afectadas, debido a que muchos residentes no son originarios de la ZMG y se ven en la necesidad de dejar a sus familias y, en estos casos, la retribución económica no es suficiente; por ello, además de estrés podría encontrarse alteraciones emocionales como ansiedad y depresión, aunque no se estudiaron en este trabajo. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Bitrán et al. (2017) en referencia a que más del 50% de residentes encuestados de 14 países de América Latina presentaron agotamiento emocional, despersonalización y baja satisfacción con su desempeño profesional.

Al igual que otros diseños cuantitativos, este estudio tiene limitaciones respecto al tamaño de la muestra; por ello, será necesario seguir incrementando y comparando con distintos lugares en hospitales mexicanos y de otros países con culturas similares. No obstante, son reveladores los resultados de las percepciones respecto al miedo de enfermar y morir de COVID-19 o de contagiar a sus familias y respecto a la inseguridad percibida, debido a considerar que no se encontraban con la protección adecuada para prevenir el contagio.

Si bien el estudio tiene algunas debilidades, es de los primeros que se reportan considerando un diseño híbrido, el cual deberá profundizarse, estudiando aquellas condiciones laborales de los médicos residentes que generan estrés.

Conclusiones

Según los resultados de esta investigación, podemos concluir que, en referencia a las características sociodemográficas de la muestra de estudio, predominó ligeramente el sexo masculino (54%); respecto al estado civil, siete de cada 10 son solteros; la edad osciló entre los 25 y 56 años. La mitad de las participantes fueron de la especialidad de Medicina Interna; casi cuatro de cada 10 estaban en el primer año de la especialidad y solo el 24% tenía su jornada laboral en la mañana. Cabe destacar que los hospitales sede en donde laboraban los individuos incluidos en la muestra de estudio eran parte del sistema de atención COVID-19 (96%).

Respecto al tiempo de jornada de trabajo, se evidenció que el promedio de horas laboradas fue superior a lo establecido legalmente (ocho horas), siendo superior a las 10 horas diarias. Aunque es importante señalar que la mayor parte de los participantes incluidos en la muestra labora por debajo de la media descrita, tanto en jornadas diarias como semanales. Esta reducción en el número de horas laboradas puede deberse a las nuevas condiciones y modificaciones que los hospitales tuvieron que realizar a los tiempos de jornada de trabajo de los médicos residentes, con la finalidad de disminuir su exposición ante la COVID-19 y salvaguardar su salud. Previo a la pandemia, se encontraron jornadas diarias mínimas de 5 horas/día y hasta de 24 horas/semana; algunos artículos nacionales e internacionales se reportan jornadas de hasta 80 horas/semana.

Respecto al estrés laboral, la dimensión Desgaste emocional fue la que tuvo mayor puntaje, seguido de la dimensión Insatisfacción por la retribución recibida. Esto denota que, durante el desarrollo de sus laborales, el estrés de los médicos residentes va ligado al compromiso emocional que invierte. También el estrés laboral deriva de la incompatibilidad entre los grandes esfuerzos físicos y mentales implementados durante su jornada de trabajo y el pago percibido, ya que además de estudiar, tiene una carga de trabajo determinada.

Destaca el hecho de que la mayoría de los médicos residentes que atendieron a pacientes hospitalizados por COVID-19, durante el periodo más severo de la pandemia, presentaron miedo a contagiarse y morir por la enfermedad, así como a contagiar a sus familiares y personas cercanas. Asimismo, es importante tomar en cuenta, que los trabajadores de la salud deben sentirse seguros y protegidos por su organización laboral, quien debe proporcionar el equipo de protección personal, adecuado y suficiente.

Referencias

- Asociación Médica Mundial. (2017). *Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Asociación Médica Mundial. <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Bitrán, M., González, M., Nitsche, P., Zuñiga, D., & Riquelme, A. (2017). Preocupación por el bienestar de residentes, un tema presente en la Conferencia Latinoamericana en Educación de Residentes (LACRE). *Revista Médica de Chile*, *145*, 1330-1335.
- Burbano, J. P., Sánchez, J. P., & Mera A. Y. (2019). Biomarcadores de estrés laboral en residentes: artículo de revisión. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca*, *21*(2), 24-31.
- Hernández, A. I., Ortega, R. P., & Reidl, L. M. (2012). Validación del instrumento de estrés laboral para médicos mexicanos. *Enclaves del pensamiento*, *6*(11), 113-129.
- Huarcaya-Victoria, J., & Calle-González, R. (2021). Influencia del síndrome de burnout y características sociodemográficas en los niveles de depresión de médicos residentes de un hospital general. *Educación Médica*, *22*, S-142-S146. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.01.006>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2005). *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*. UNESCO. http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
- Prasad, K., McLoughlin, C., Stillman, M., Poplau, S., Goelz, E., Taylor, S., Nankivil, N., Brown, R., Linzer, M., Cappelucci, K., Barbouche, M., & Sinsky, C. A. (2021). Prevalencia y correlatos de estrés y agotamiento entre los trabajadores de la salud de EE. UU. durante la pandemia de COVID-19: un estudio de encuesta transversal nacional. *EClinical Medicine*, *35*, 100879. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100879>
- Prieto-Miranda, S. E., Jiménez-Bernardino, C. A., Cázares-Ramírez, G., Vera-Haro, M. J., & Esparza-Pérez, R. I. (2015). Jornadas laborales y sus repercusiones en médicos residentes en un hospital de segundo nivel. *Medicina Interna de México*, *31*, 669-679. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2015/mim156e.pdf>
- Siegrist, J. (2016). Effort-Reward Imbalance Model. En G. Fink. (Ed.), *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior* (pp. 81-85). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800951-2.00009-1>
- Treluyer, L., & Tourneux, P. (2021). Burnout entre los residentes de pediatría durante el brote de COVID-19 en Francia. *Revista Europea de Pediatría*, *180*(2), 627–633. <https://doi.org/10.1007/s00431-020-03907-x>

Capítulo 4

Factores psicosociales de riesgo durante la pandemia
de COVID 19 desde la perspectiva de
docentes de educación superior

*Bertha Alicia Colunga-Rodríguez, Andrea Berenice Lima-Colunga,
Marcela Janette Colunga-González, María Luisa Ávalos Latorre
y Luis Edmundo Sarabia López*

El año 2020 inició con una problemática internacional de salud debido a la pandemia de COVID-19. Autoridades de diversos países optaron por el confinamiento y cierre de instituciones escolares conduciendo hacia una educación a distancia. Se emplearon diferentes recursos para continuar las clases, entre los cuales las tecnologías de la información y comunicación (TIC) llegaron a ser muy importantes. Sin embargo, así como las TIC pueden brindar grandes beneficios, también traen consigo algunos problemas a los usuarios; el trabajo con las nuevas tecnologías masivamente recurridas provocaron el llamado *tecnoestrés*, que es el “estado psicológico negativo causado por la falta de habilidad para tratar con las nuevas herramientas y tecnologías de manera saludable” (Rodríguez-Vásquez et al., 2021, p.215), definido también como la falla en las habilidades para manejar las nuevas tecnologías que provoca ansiedad o problemas afectivos, dividiéndose en *tecnoansiedad*, *tecnofatiga* y *tecnoadicción*; este padecimiento se agudizó principalmente en mujeres, notándose una mayor frecuencia de la tecnoadicción seguida de la tecnoansiedad (Rodríguez-Vásquez et al., 2021).

Por su parte, Ribeiro et al. (2020) consideraron que la educación a distancia pudo generar afectación en la salud mental, razón por la que se requiere el seguimiento directo y crítico del trabajador docente. También indicaron que los profesionales de la educación han estado expuestos a riesgos psicosociales durante la pandemia de COVID-19, lo que obliga a realizar investigaciones que consideren los efectos de las diferentes fases del aislamiento y la distancia social; por ello, recomendaron desarrollar estrategias de apoyo psicológico a nivel individual e institucional para cuidar la salud mental del profesorado; así como evaluar los diferentes niveles de formación y desempeño, que requieren de nuevas habilidades y competencias específicas como respuesta a la pandemia.

Por su lado, Serrano y Pérez (2020) aportaron una investigación del estrés en los docentes en tiempos de pandemia de COVID-19; su objetivo fue conocer y analizar los niveles de estrés en los docentes, producidos por la pandemia y el cambio de enseñanza de la educación presencial a la educación a distancia, donde identificaron los factores predominantes que lo desencadenaron. Es un estudio analítico basado en revisión de artículos científicos, que muestran resultados de investigaciones realizadas en diversos lugares del mundo durante la pandemia, incluyendo estudios de años anteriores, a fin de establecer un referente para el análisis. Los autores descubrieron que el estrés de los docentes en Europa y Latinoamérica, antes y durante la pandemia, se encontraron en niveles medio y alto; además, que los factores desencadenantes durante el 2020 fueron la adaptación a las TIC, el aumento de labores dentro del hogar y el temor al contagio del coronavirus; en años anteriores se encontraron el exceso de tareas impuestas por la institución y la falta de organización.

Las investigaciones citadas coinciden en el incremento del estrés docente durante los meses de pandemia y resaltan, en términos cuantitativos y cualitativos, el deterioro psicosocial y físico. Asimismo, concluyen que el estrés docente está asociado de forma significativa a factores psicosociales originados por el aislamiento, el temor y la incertidumbre que presentan los docentes. Por lo que el presente trabajo tiene como objetivo describir la percepción de docentes en educación superior, respecto al cambio de la modalidad de trabajo y los posibles riesgos psicosociales derivados de la pandemia de COVID-19; para ello, se utilizó una metodología mixta, aplicándose un cuestionario en línea a 172 docentes de una universidad pública estatal y una escuela normal en Jalisco, México. Los resultados fueron significativos y muestran la satisfacción o insatisfacción al realizar el trabajo docente en la modalidad en línea y los riesgos a repercutir en el estado psicoemocional y mental del docente; se concluye demostrando la imperiosa necesidad de considerar de manera holística lo que la pandemia trajo consigo, es decir, la actualización y formación en el uso de las TIC, aunado al claustro tanto del alumnado, del profesorado y de la familia, así como las circunstancias inequitativas para algunos al acceso a la tecnología; esto evidencia los retos que han enfrentado quienes ejercen la labor docente en el contexto de pandemia.

Metodología

Se realizó una investigación mixta. Según Molina et al. (2012), “la metodología híbrida de investigación, es decir, la combinación de métodos cuantitativos y cualitativos en el mismo trabajo es una aproximación muy utilizada en varios campos, por ejemplo, en educación y en sociología” (p.55).

Participantes

En el estudio participaron profesores de una universidad pública estatal y de una escuela normal, en el estado de Jalisco, México. Los participantes respondieron de forma voluntaria los instrumentos enviados por correo electrónico institucional, durante el periodo de pandemia, en el mes de abril del 2020; el escenario fue un espacio virtual a través de una plataforma, donde se estableció comunicación con los docentes por medio de correo electrónico.

Instrumentos

Para la recolección de datos, por medio de *Google Forms*, se aplicó una cédula de datos sociodemográficos y laborales, elaborada especialmente para este estudio.

Para obtener la opinión de los docentes, respecto al cambio de modalidad presencial a virtual, se elaboraron preguntas con opciones de respuesta, una de ellas fue la siguiente: “A partir de la contingencia por COVID-19 ¿Qué tan satisfecho te sientes con realizar tu trabajo como docente en la modalidad en línea?” Las opciones de respuesta variaban desde *totalmente satisfecho* hasta *totalmente insatisfecho*; la calificación más alta se le otorgó al número mayor, en una escala del 1 al 5.

Otra de las preguntas fue: “A partir de la contingencia por COVID-19 ¿Cuál es su opinión respecto al cambio de trabajo docente a la modalidad en línea?”. Las respuestas fueron categorizadas en tres opciones: 1 = opiniones positivas, 2 = opiniones neutras o ambiguas y 3 = opiniones negativas.

Cabe mencionar que los factores psicosociales de riesgo fueron extraídos de los datos sociodemográficos y laborales obtenidos de la cédula de información general, las opiniones de las preguntas tipo escala y las opiniones referidas por los docentes por medio de las preguntas del cuestionario abierto, las cuales fueron codificadas. De esta manera, los académicos vertieron sus respuestas, ampliaron su opinión y dieron su punto de vista de distintos elementos que consideraron afectados por el cambio de modalidad debido a la pandemia de COVID-19.

Procedimiento

Una vez obtenida la autorización del protocolo, se estableció comunicación con las autoridades institucionales de las escuelas de educación superior, para iniciar con el trabajo de campo; este consistió en la aplicación de preguntas abiertas, que fueron aplicadas por medio de *Google Forms* a los docentes que aceptaron la invitación a participar. Cabe señalar que el formulario contenía el consentimiento informado.

Procesamiento y análisis de la información

Los datos fueron obtenidos de la aplicación *Google Forms* en formato de hoja de cálculo de Excel. Las respuestas abiertas fueron categorizadas de acuerdo con su contenido, identificando tres categorías de análisis: la primera, se identificó como positiva al cambio; la segunda, incluyó todas las respuestas cuyo contenido fue ambiguo o neutro; y la tercera, comprendió las opiniones negativas.

Para el caso de las respuestas con datos cuantitativos, para su análisis se utilizó el programa *SPSS* versión 24; se aplicaron frecuencias simples y distribución porcentual. Asimismo, a la escala de satisfacción, que va de *totalmente satisfecho* hasta *totalmente insatisfecho*, se le otorgó una puntuación; posteriormente, se aplicó la prueba Chi cuadrado de Pearson con los datos de satisfacción y las categorías de opiniones positivas, negativas o ambiguas/neutras. Cuando en las frecuencias de las tablas se identificaron números menores a cinco, se aplicó la corrección de Yates, tomando como significativo un valor de p menor o igual a 0.05.

Para la variable Satisfacción laboral del docente con el cambio de modalidad de la presencialidad a la virtualidad, se elaboró una pregunta con respuesta en escala tipo Likert que va desde *totalmente satisfecho* hasta *totalmente insatisfecho*; la calificación más alta, se le otorgó al número mayor en una escala del 1 al 5. La pregunta expresa fue: “A partir de la contingencia por COVID-19 ¿Qué tan satisfecho te sientes con realizar tu trabajo como docente en la modalidad en línea?”. A esta variable, se le aplicó frecuencias y porcentajes y se realizó una tabla cruzada con la categoría de las opiniones derivadas de una pregunta abierta. Además, se integró una pregunta abierta al instrumento, la cual fue “A partir de la contingencia por COVID-19 ¿Cuál es su opinión respecto al cambio de trabajo docente a la modalidad en línea?”; las respuestas fueron categorizadas en tres opciones: 1 = opiniones positivas, 2 = opiniones neutras o ambiguas y 3 = opiniones negativas.

Resultados

Se obtuvieron las respuestas de 172 docentes; a continuación, se describen los datos sociodemográficos, según el tipo de respuestas hacia el cambio a la virtualidad. Como se puede observar, predominaron las mujeres en opiniones negativas con 46% de las respuestas (Tabla 1).

Tabla 1

Opiniones del cambio a modalidad virtual respecto al género

Género	n	Positivo		Ambiguo o neutro		Negativo	
		f	%	f	%	f	%
Mujer	93	33	36	17	18	43	46
Hombre	79	26	33	18	23	35	44

En la Tabla 2, se muestra la antigüedad en el trabajo docente. Como se observa, el mayor porcentaje corresponde a docentes con menos de 10 años, quienes también mostraron las opiniones más negativas respecto al cambio de la actividad presencial a la total virtualidad (42%); en estas respuestas negativas, predominó el estrés, la frustración, la sobrecarga laboral y la necesidad de socializar presencialmente con los estudiantes, considerando que no se encuentran preparados para el cambio y que no poseen los medios para su realización. Estas opiniones negativas podrían considerarse como factores psicosociales de riesgo en el trabajo, como es el estrés laboral, la sobrecarga de trabajo, el tecnoestrés, entre otros.

Tabla 2

Opiniones negativas de los docentes

Opiniones negativas	Categoría	Respuestas más frecuentes
Elementos relacionados con la actividad docente que generan displacer	Estrés laboral	“Muy pesado y estresante”; “Ha sido extenuante pues te piden en ocasiones que te conectes y generalmente es en el turno matutino, no respetan a veces el horario que tienes”; “Desgaste laboral por la solicitud de trabajo extra de índole administrativo”; “Desgaste emocional por la carga psicológica”; “la línea entre la vida de casa y la vida laboral se ve alterada”; “Trabajas más y hay frustración por falta de atención por los alumnos”.
	Sobrecarga laboral	“Es más trabajo”; “Es otra manera de trabajar, pero se duplicó el trabajo”; “Implica mucho más tiempo y trabajo”; “Es más difícil porque inviertes más tiempo”; “Es más demandante pues se debe dedicar más tiempo a la revisión de actividades, encontrar medios que involucren a los estudiantes y les permitan desarrollar sus habilidades”; “Es muy pesado, invierto mucho más tiempo preparando clases, viendo tutoriales para el uso de plataformas”.

Opiniones negativas	Categoría	Respuestas más frecuentes
Elementos relacionados con la actividad docente que generan displacer	Tecnoestrés	“Me falta mucha capacitación para llevar un curso en línea”; “No estaba preparado”; “Me falta mucha capacitación para llevar un curso en línea [...] No estaba preparado”; “Es más pesado trabajar en línea, dedicas más tiempo en la computadora”; “Es desigual por la brecha digital”; “Es un poco complicado migrar todo lo que hacía y tenía preparado a lo virtual”.
	Necesidad de capacitación	“Carezco de capacitación para ser maestro en línea y solo estoy intentando diseñar actividades que creo que les servirán a mis alumnos, sin ninguna certeza que rendirán los aprendizajes que deben de tener”; “necesitamos actualizar-nos en el uso de las TICS, TAC y TEP [...] Ha sido complicado”; “Creo que nos tomó sin la preparación suficiente para dar clases en línea”.

Nota. Opiniones negativas, que podrían considerarse como factores psicosociales de riesgo en el trabajo docente, durante el trabajo de modalidad virtual.

Asimismo, los profesores de más de 20 años mostraron mejores opiniones hacia el cambio, considerando que es una oportunidad para aprender nuevos procesos y consideraron que era un cambio necesario, a pesar de las dificultades a las que se enfrentan (Tabla 3).

Tabla 3

Opiniones del cambio a modalidad virtual respecto a la antigüedad como docente

Años	n	Positivo		Ambiguo o neutro		Negativo	
		f	%	f	%	f	%
0-10	78	23	30	15	19	40	51
11-20	45	17	38	12	27	16	35
21-30	36	15	42	6	16	15	42
30 o más	13	4	31	2	15	7	54

En la Tabla 3, se muestra que los docentes con antigüedad menor a 10 años reportaron un porcentaje mayor en respuestas con tendencia negativa; quienes tienen una antigüedad entre 21 y 30 años, presentan porcentajes similares en respuestas positivas y negativas; sin embargo, docentes con antigüedad entre 11 y 20 años reportaron un menor porcentaje en respuestas con tendencia negativa; mientras que los docentes con 21 a 30 años, muestran mayor porcentaje en respuestas positivas. En docentes con más

de 30 años de antigüedad, aunque en cantidad es mucho menor frente a los otros grupos, se observa un porcentaje alto en respuestas negativas, similar a los docentes con menor antigüedad.

Como se muestra en la Tabla 4, respecto a la antigüedad en la institución, los datos se comportan de manera similar a los mostrados en la Tabla 3, donde los docentes con antigüedad entre 11 y 20 años son quienes muestran el menor porcentaje en respuestas negativas, pero son los docentes con antigüedad mayor a 20 quienes reportan un mayor porcentaje en respuestas con tendencia positiva.

Tabla 4

Opiniones del cambio a modalidad virtual respecto a la antigüedad en la institución

Años	n	Positivo		Ambiguo o neutro		Negativo	
		f	%	f	%	f	%
0-10	110	36	33	22	20	52	47
11-20	28	9	32	8	29	11	39
20 o más	34	14	41	5	15	15	44

Los docentes con 10 o menos horas de trabajo a la semana mostraron un mayor porcentaje en respuestas positivas (46%), mientras que docentes que trabajan más de 20 horas a la semana, reportaron un mayor porcentaje en respuestas negativas (55%). Los docentes con 11 a 20 horas de trabajo semanales, mostraron un mayor porcentaje en respuestas ambiguas, aunque tienen mayor porcentaje de respuestas positivas que negativas (Tabla 5).

Tabla 5

Opiniones del cambio a modalidad virtual respecto a la exposición, según carga horaria (horas a la semana)

Carga (Horas/ semana)	n	Positivo		Ambiguo o neutro		Negativo	
		f	%	f	%	f	%
0 – 10	22	10	46	4	18	8	36
11 – 20	28	9	32	11	39	8	29
21 – 30	20	6	30	3	15	11	55
31 – 40	51	16	31	9	18	26	51
40 o más	51	18	35	8	16	25	49

Aunque son pocos, los docentes con menos de 30 años reportan un alto porcentaje de respuestas negativas, con un 75%. En todas las categorías por edad hasta 60 años se observa el mayor porcentaje en respuestas negativas, al contrario de aquellos mayores de 60 que, a pesar de ser pocos, no reportaron ninguna respuesta de este tipo. En cuanto a respuestas positivas, las categorías de edad entre 31 y 60 años se comportan de manera similar, donde el grupo entre 41 y 50 años es el que muestra un menor porcentaje (Tabla 6).

Tabla 6

Opiniones del cambio a modalidad virtual respecto a la edad de los docentes (años)

Edad	n	Positivo		Ambiguo o neutro		Negativo	
		f	%	f	%	f	%
20 – 30	8	2	25	0	0	6	74
31 – 40	74	26	35	12	16	36	49
41 – 50	50	15	30	15	30	20	40
51 – 60	33	12	36	5	15	16	49
60 o más	7	4	57	3	43	0	0

En la Tabla 7, se observa que los docentes que realizan otro empleo que implique esfuerzo extra, aunque sea de manera ocasional, reportaron su mayor porcentaje en respuestas negativas; por su parte, aquellos que no realizan otro empleo presentaron un mayor porcentaje en respuestas positivas.

Tabla 7

Opiniones del cambio a modalidad virtual respecto a la presencia o no de multiempleo

Otro empleo	n	Positivo		Ambiguo o neutro		Negativo	
		f	%	f	%	f	%
Sí	118	40	34	23	19	55	47
No	27	11	41	6	22	10	37
De manera ocasional	27	8	30	6	22	13	48

Respecto al lugar de trabajo, como se muestra en la Tabla 8, los datos se comportan de manera similar.

Tabla 8

Opiniones del cambio a modalidad virtual respecto a su centro de trabajo

Lugar de trabajo	n	Positivo		Ambiguo o neutro		Negativo	
		f	%	f	%	f	%
Universidad	100	33	33	22	22	45	45
Escuela Normal	72	26	36	13	18	33	46

Respecto al turno de trabajo, aunque los docentes de turno matutino y vespertino presentaron un porcentaje igual en respuestas positivas, los del turno vespertino reportaron un mayor porcentaje en respuestas con tendencia negativa, al igual que quienes tienen un turno mixto o variable (50% y 48%, respectivamente) (Tabla 9).

Tabla 9

Opiniones del cambio a modalidad virtual respecto al turno de trabajo

Turno	n	Positivo		Ambiguo o neutro		Negativo	
		f	%	f	%	f	%
Matutino	43	16	37	12	28	15	35
Vespertino	38	14	37	5	13	19	50
Mixto o variable	91	29	32	18	20	44	48

Posterior a la descripción de las respuestas de los docentes, se elaboraron tablas cruzadas con las categorías de satisfacción con el cambio de modalidad y la opinión referida por medio de respuestas abiertas (Tabla 10).

Tabla 10

Satisfacción con el trabajo docente a partir de la contingencia y opinión referida

Turno	Nivel de satisfacción	Evaluación de las respuestas cualitativas*			
		(+)	Ambigua	(-)	Total
¿Qué tan satisfecho te sientes con realizar tu trabajo como docente en la modalidad en línea?	Totalmente insatisfecho/ algo insatisfecho	11	10	41	62
	Algo insatisfecho/ Igual que antes	29	21	31	81
	Totalmente satisfecho	19	4	6	29
Total		59	35	78	172

Nota. Chi² = 26.32; p = 0.00; *Ajuste para validez de chi cuadrado, por corrección de Yates.

Después de realizar el ajuste a la Tabla 10, el comportamiento de los datos resulta igual a la Tabla 11. Se obtiene un valor alto de chi cuadrado y un valor de p de 0.00 y se observa que quienes indicaron estar insatisfechos mostraron un mayor porcentaje en respuestas de tendencia negativa; de la misma forma, quienes indicaron estar satisfechos reportaron un mayor número de respuestas con tendencia positiva.

Tabla 11

Satisfacción con el trabajo docente a partir de la contingencia y opinión referida

		Evaluación de las respuestas cualitativas*			
		(+)	Ambigua	(-)	Total
Nivel de satisfacción con el cambio didáctico por COVID-19	Insatisfecho	11	10	41	62
	Neutral	29	21	31	81
	Satisfecho	19	4	6	29
Total		59	35	78	172

Nota. $\chi^2 = 26.32$; $p = 0.00$; *La pregunta fue “A partir de la contingencia por COVID-19 ¿Cuál es su opinión respecto al cambio de trabajo docente a la modalidad en línea?”

Discusión

De acuerdo con los resultados se puede notar que el tecnoestrés, provocado por las exigencias novedosas e imprevistas del uso de las TIC, sucedió durante el inicio y transcurso de la pandemia con fragmentos emitidos por los docentes de esta investigación que expresaban: “No estaba preparado”; “Es más pesado trabajar en línea, dedicas más tiempo en la computadora”. Se observa una sobrecarga laboral como producto del cambio, la necesidad de diversos canales de atención a los alumnos (Hernández, 2020), así como la presión por el uso de tecnologías (Rodríguez-Vásquez et al., 2021) pueden devenir en estrés laboral; lo anterior pudo verse reflejado en los docentes del estudio que dieron opiniones negativas acerca de la sobrecarga de trabajo como, por ejemplo, “Es más trabajo”; “Es otra manera de trabajar, pero se duplicó el trabajo”.

También fue notoria la mayor expresión de opiniones negativas en los docentes que realizan otro empleo, debido a la sobrecarga de trabajo, aun cuando fuera ocasionalmente, tal y como se muestra en la Tabla 6.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo (OMS/OIT, 1984) establecieron como principales causas de estrés, el exceso o escasez de trabajo, la poca flexibilidad de horarios, las malas relaciones intralaborales, la inseguridad laboral y la falta de apoyo familiar. Algunos docentes entrevistados daban opiniones negativas acerca de este último punto, mencionando que “la línea entre la vida de casa y la vida laboral se ve alterada”.

En una encuesta exploratoria realizada por Hernández (2020), durante la pandemia, los docentes mencionaron la importancia de hacer un seguimiento diario e individual a los alumnos para revisar avances, lo cual conlleva mayor tiempo dedicado a la tarea educativa; esto es consistente con las opiniones negativas mostradas en el presente estudio, en las cuales los docentes expresaban su sentir por la sobrecarga de trabajo y sobre la ausencia de capacitación para impartir una clase en línea, como en el siguiente comentario: “carezco de capacitación para ser maestro en línea y solo estoy intentando diseñar actividades que creo que les servirán a mis alumnos, sin ninguna certeza que rendirán los aprendizajes que deben de tener”.

Adicionalmente, algunas opiniones de los maestros están relacionadas con la situación de confinamiento, las cuales son en su mayoría de incertidumbre, ansiedad y preocupación.

En su estudio, Rodríguez-Vásquez et al. (2021) encontraron que los docentes de 11 a 20 años mostraron actitud negativa menos frecuente ante el cambio de forma de trabajar debido a la pandemia de COVID-19. Esto es consistente con el presente estudio, en el cual los docentes de experiencia entre 11 y 29 años expresaron más opiniones positivas, a diferencia de los de menos de 10 años y los de más de 30 años de trabajo.

Los hallazgos del presente estudio denotan factores de riesgo psicosocial, que pueden afectar la salud física y mental, así como la satisfacción laboral (Tabla 11).

Conclusiones

Debido a la emergencia sanitaria, las instituciones educativas cambiaron de modalidad, optando por realizar las actividades de docencia en un contexto virtual. En el presente estudio, se indagó sobre la percepción de docentes de educación superior en referencia al cambio de modalidad de trabajo al inicio de la pandemia de COVID-19. Los resultados mostraron una disminución en la satisfacción laboral, ya que los docentes perciben la modalidad virtual como estresante, extenuante y pesada; por lo tanto, hay un mayor desgaste laboral, pues las actividades requieren más tiempo y trabajo, y no hay una delimitación de horarios y espacios.

Por otra parte, también se identificó la preocupación de los docentes ante la falta de preparación, capacitación y actualización en tecnologías de la información para cumplir con la encomienda y, con ello, la falta de certeza en el aprendizaje; esto da cuenta de las necesidades de capacitación y de condiciones atribuibles al tecnoestrés, derivadas del cambio de modalidad en la docencia.

También se observó que existe un mayor porcentaje de opiniones negativas en los docentes con menor edad, con menor y mayor antigüedad tanto en la institución como en la docencia, así como en quienes reportan tener otro empleo, más carga horaria de trabajo y que pertenecen al turno vespertino.

Se puede concluir que la función docente, durante la contingencia por COVID-19, ha tenido una transformación que demanda el desarrollo de múltiples competencias y habilidades relacionadas con el acceso a la tecnología, para cumplir con el proceso de aprendizaje y las metas educativas desde la virtualidad; esto da lugar a una educación universitaria transfigurada (Suárez, 2020) y, con ello, al surgimiento de muchas necesidades y limitantes que afrontar, lo que puede provocar estados psicológicos negativos con riesgos para la salud mental del personal dedicado a la docencia en un contexto virtual (Párraga-Párraga & Escobar-Delgado, 2020; Rodríguez-Vásquez et al., 2021).

En el contexto de la pandemia de COVID-19, que derivó en el cambio de modalidad educativa, son muchos los retos que han enfrentado los docentes; por ello, se requiere que las instituciones educativas reconozcan el esfuerzo y atiendan no solo las necesidades de capacitación, sino que centren su atención en los riesgos psicosociales que manifiestan los docentes, con la intención de atenderlos, generar acciones que disipen el estrés y el desgaste laboral, así como gestionar y promover el bienestar profesional y personal de esta población.

El estudio permite evidenciar la necesidad de profundizar en la comprensión de los factores y condiciones que ponen en riesgo la salud física y mental de los docentes, debido al estrés por sobrecarga de trabajo y desgaste laboral a causa del cambio de modalidad; esto permitiría reducir sus posibles consecuencias en la satisfacción laboral (Párraga-Párraga & Escobar-Delgado, 2020).

Sin duda, el abrupto cambio y la necesidad de adaptarse a las condiciones de pandemia provocada por la COVID-19 impactó y puso de manifiesto los riesgos psicosociales en los docentes (Vidal, 2019); por lo tanto, se sugiere que futuras investigaciones amplíen dichos estudios para tener mayor conocimiento y comprensión del fenómeno.

Referencias

- Hernández, A. (2020). *¿Cómo están afrontando los docentes la crisis del COVID-19?* UNICEF. <https://www.unicef.es/educa/blog/docentes-frente-al-coronavirus>
- Molina, J. F., López, M. D., Pereira, J., Pertusa, E. M., & Tarí, J. J. (2012). Métodos híbridos de investigación y dirección de empresas: ventajas e imágenes. *Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa*, 15(2), 55-62. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80723313002>
- Organización Internacional del Trabajo y Organización Mundial de la Salud. (1984). *Factores Psicosociales en el Trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención*. (Serie Seguridad, Higiene y Medicina del Trabajo). Oficina Internacional del Trabajo. N°56. <http://labordoc.ilo.org/record/245439?ln=en>
- Párraga-Párraga, K. L., & Escobar-Delgado, G. R. (200). Estrés laboral en docentes de educación básica por el cambio de modalidad de estudio presencial a virtual. *Revista Científica YACHASUN*. 4(7), 142-155. <https://doi.org/10.46296/yc.v4i7edesp.0067>
- Ribeiro, B., Santos D., Scorsolini, C., Fabio Â., Dalri, R., & Barcellos. (2020). Ser docente en el contexto de la pandemia de COVID-19: reflexiones sobre la salud mental. *Index Enferm*, 29(3), 137-141. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000200008
- Rodríguez-Vásquez, D. J., Totolhua-Reyes, B. A., Domínguez-Torres, L., Rojas-Solís, J. L., & De la Rosa-Díaz, B. E. (2021). Tecnoestrés: Un análisis descriptivo en docentes universitarios durante la contingencia sanitaria por COVID-19. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 3(2), 214-226. <https://www.revistacneip.org/index.php/cneip/article/view/198/124>
- Serrano, A., & Pérez, M., (2020). Estrés en los docentes en tiempos de pandemia Covid-19. *Polo del Conocimiento*, 5(12). <https://polodelconocimiento.com/lojs/index.php/es/article/view/2111>
- Suárez, N. (2020). Formación docente universitaria y crisis sanitaria COVID-19. *CienciAmérica*, 9(2), 1-6. <https://doi.org/10.33210/ca.v9i2.299>
- Vidal, V. (2019). *El estrés laboral: análisis y prevención*. Prensas de la Universidad de Zaragoza. <http://digital.casalini.it/9788417873295>

Capítulo 5

La desconexión digital como impulsor de salud mental
y respeto a la dignidad del trabajador.
Una visión pospandemia

Minerva Catalina Aguilar-Olivares

En los últimos años, se ha acelerado el proceso de adaptación digital en el área laboral, que además de optimizar los tiempos y ser un punto de desarrollo en este ámbito, ha demostrado una serie de afectaciones de salud mental en los trabajadores al no tener una regulación adecuada. Por ello, se realza la importancia de la búsqueda del equilibrio entre el tiempo de trabajo y el destinado al descanso; en este sentido, la desconexión digital sería un elemento mediador hacia la aplicación y respeto de diversos derechos fundamentales de la persona que realiza una actividad laboral (Mendoza, 2022; Muñoz, 2020). Este capítulo tiene como objetivo presentar información teórica que permita visualizar la importancia de la desconexión digital como impulsor de la salud mental y respeto a la dignidad del trabajador.

Nuevas formas de trabajo a partir de la pandemia de COVID-19

Debido a las diversas adecuaciones laborales que se han realizado a partir de la pandemia, algunas de estas se establecerán como parte de las opciones y visualizaciones de lo que será una nueva forma de trabajo; sin embargo, durante esta transición y la búsqueda de posibles aprendizajes para una futura aplicación positiva, se podrían realizar afectaciones a la salud mental de los trabajadores y, a su vez, vulnerar sus derechos.

Al respecto, se ha observado que esta transición hacia lo digital, que mantiene beneficios como realizar una tarea desde distintos lugares y momentos, no permite sostener un monitoreo adecuado capaz de visualizar las líneas definidas como división del uso del tiempo entre las horas del trabajo y el tiempo de descanso o personal; por lo que se presentaría la problemática de tener una carga horaria superior no reconocida como trabajo extra y de la cual no se obtiene una adecuada regulación ni la remuneración económica correspondiente (Muñoz, 2020).

Con el inicio de la pandemia, se ha tenido una secuencia de reacciones importantes por el distanciamiento físico, que necesitó de una metamorfosis donde al ámbito doméstico se integrarían las actividades sociales, laborales, escolares, de recreación y algunas más, lo que requería de mayor absorción de tiempo y desarrollo de distintas tareas dentro de un mismo espacio (Organización de los Estados Americanos y Comisión Interamericana de Mujeres [OEA y CIM], 2020). El trabajo a distancia, teletrabajo o trabajo remoto fue una de las formas más adaptables para realizar una actividad laboral, sin embargo, de este desafío resultó un incremento de responsabilidades de acuerdo al contexto individual; por lo tanto, se tenía como consecuencia la presencia de factores psicosociales que comprometían la salud, así como la aceptación de condiciones inadecuadas para la realización de una actividad laboral; esta última, al no contar con una normativa adecuada sería un desencadenante hacia la vulneración de derechos humanos (OEA y CIM, 2020).

Riesgos psicosociales ante las nuevas formas de trabajo

En los últimos años, a partir de la pandemia de COVID-19, en el área laboral se enfatizaron una serie de vulneraciones a los derechos humanos; esto requirió de una nueva propuesta de reglamentación y regulación normativa en México y en el mundo, capaz de visibilizar la importancia, así como el establecimiento de novedades de contratación en la realización de una actividad laboral.

Solo en México, millones de personas trabajadoras modificaron la forma de trabajo e incluso se encontraron en situaciones vulnerables, debido a los despidos masivos que se realizaron, obteniéndose así una consecuencia económica impactante (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2020a).

Las adecuaciones a partir de esta situación, lo expone de manera práctica Henry (2020), quien presentó tres tipos de reorganizaciones laborales con una categorización capaz de comprender la forma de trabajo y tipo de giros que necesitaron de una adaptación o una pausa obligatoria. La primera de estas se refiere a los trabajos impedidos o detenidos parcial o totalmente, que en su momento fueron señalados como *no esenciales*, considerando actividades que cada país determinó y que inicialmente se estandarizó mundialmente; la segunda se refiere al teletrabajo, que consiste en trasladar la actividad laboral al hogar u otro espacio distinto al lugar establecido por la empresa y que por las características de la tarea permite su cumplimiento a partir de una herramienta tecnológica; la tercera se refiere a aquellos procesos de trabajo que pudieron continuar con su funcionamiento de forma habitual, sin embargo, algunos de estos habrían realizado adecuaciones a su procedimientos para cubrir lo demandado, estos fueron conocidos como *actividades esenciales* (Henry, 2020).

Lo anterior nos permite visualizar las implicaciones de las adaptaciones que se realizaron durante la emergencia sanitaria; las cuales, en su mayoría, no dependían del empleador, por lo que las indicaciones debían ser respetadas y adecuadas lo más rápido posible, sin analizar la viabilidad de condiciones; ya que, en un debería ser, con rapidez quedaría resuelto para tener la mayor productividad posible.

Además, Henry (2020) expuso una diferencia importante de los conceptos *trabajo prescrito* y *trabajo real*. Se refiere al trabajo prescrito como aquel que está “definido de manera sucinta en reglamentos, manuales de procedimientos e incluso en convenios colectivos de trabajo (descripción de puestos)” (Henry, 2020, p.91); por su parte, señala al trabajo real como aquel que para alcanzar los objetivos de producción o de servicio, el trabajador se ve obligado a modificar indicaciones directas o los reglamentos, por ejemplo, deben modificar procedimientos o inventarlos, e incluso “deben recurrir en una transgresión, haciendo lo contrario a lo indicado” (Henry, 2020, p.92).

Esta autora hace notar que en una realidad laboral se requiere de una destreza física, mental y emocional; esto permite una autonomía por parte del trabajador y, por lo tanto, en situaciones y con herramientas adecuadas, los procesos serán eficientes, sin crear un conflicto personal. Sin embargo, existirán diversas condiciones emergentes que podrán establecerse como un padecimiento negativo para el trabajador, al evidenciar las posibles carencias de instrumentos y apoyo de la organización, falta de claridad en procesos o indicaciones, falta de capacitación y desmotivación; estas condiciones limitarían la ejecución favorable de la tarea e impactaría directamente en el bienestar del trabajador (Henry, 2020).

En ese sentido, el uso de tecnologías digitales aparece como un tema importante al formar parte del avance necesario en torno a la optimización de procesos y flexibilidad hacia los trabajadores; sin embargo, al mismo tiempo, esto podría transformarse en un aspecto negativo al no tener un tiempo y horario definido para la actividad y, entonces, realizarla en momentos que parecieran ser más adecuados para la persona; en consecuencia, se requiere un mayor compromiso y esfuerzo tras modificar o trasladar actividades a una hora distinta. Esto señala el inicio de esa posible eliminación y falta de límites específicos para el tiempo destinado al trabajo y aquel para el descanso, lo que afecta al trabajador a nivel físico y psicológico a causa del estrés (Vallecillo, 2020).

Como se ha mencionado, una nueva forma de trabajo que se materializó a partir de la emergencia sanitaria por COVID-19 fue el *teletrabajo*, *trabajo remoto* o *home office*, que se ha establecido desde entonces y que, incluso, algunos empleadores lo ofrecen como una opción híbrida para la actividad laboral. En México, el teletrabajo ya está considerado dentro de la Ley Federal del Trabajo en el art. 311 y el art. 330-A. El capítulo XII BIS, referente al teletrabajo, fue adicionado en enero del 2021 y en él se define de la siguiente manera:

El teletrabajo es una forma de organización laboral subordinada que consiste en el desempeño de actividades remuneradas, en lugares distintos al establecimiento o establecimientos del patrón, por lo que no se requiere la presencia física de la persona trabajadora bajo la modalidad de teletrabajo, en el centro de trabajo, utilizando primordialmente las tecnologías de la información y comunicación, para el contacto y mando entre la persona trabajadora bajo la modalidad de teletrabajo y el patrón. (Ley Federal del Trabajo, 2022, Art.330-A)

De acuerdo con nuestro sistema económico y social actual, los procesos laborales se establecen bajo un factor predominante que es la eficiencia asociada, además de la creciente valorización del producto que se produce o realiza. Por lo tanto, para mantener una productividad capaz de responder a esta demanda, se requiere de una mayor exigencia en procesos y de su capital humano. Debido a este requerimiento, el esfuerzo intelectual y físico puede mantenerse como parte de una serie de ciclos negativos que, a lo largo del tiempo, afectan la salud del trabajador (Henry, 2020).

Por ello, en la era digital es importante establecer programas y normatividad adecuadas para las nuevas formas de trabajo, acordes a los aspectos que enfrenta el trabajador como parte de su realidad (OIT, 2020b).

La desconexión digital como parte de la salud mental en el trabajo

De acuerdo con datos del año 2022, la jornada laboral en México es de 35 a 48 horas semanales, ya que casi 5 de cada 10 trabajadores laboran dentro de dicho rango; mientras que 3 de cada 10 trabajadores laboran más de 48 horas (Instituto Mexicano para la Competitividad [IMCO], 2022). Es importante resaltar que nuestra región a nivel internacional cuenta con el mayor número de horas anuales laboradas por trabajador; en el caso de México, es de 2137 (OCDE, 2019). Según *Randstad Workmonitor* (2019, como se citó en Bosch et al., 2020), el 70% de los trabajadores mexicanos responden a sus empresas fuera de su horario laboral; estos números podrían haber incrementado durante y después de la pandemia, al crearse hábitos a partir de las nuevas formas laborales.

Debido a la carga horaria, el teletrabajo ha sido uno de los principales temas de investigación a partir de la pandemia. En un estudio realizado en Ecuador, Lara (2021) señaló que los teletrabajadores que tienen familia o tienen a su cargo el cuidado de otras personas han sido los principales afectados durante el confinamiento; el autor indicó que los participantes presentaron alteración de sueño (41%), afectaciones de salud por estrés (21%), alteración en sus actividades físicas (21%) y trastornos de alimentación (17%). En referencia al bienestar emocional, se obtuvieron síntomas como sentimientos

de temor (33%), crisis de ansiedad (12.5%), crisis depresivas (8.33%), estado de nerviosismo e irritabilidad (8.33%) y sentimientos de desánimo y cansancio emocional (4.17%) (Lara, 2021).

Según la OIT (2020b), la salud mental deberá gestionarse e incluirse como parte de la seguridad y la salud en el trabajo, como una primera propuesta durante la pandemia; sin embargo, es importante que se mantenga este compromiso hacia la evaluación de riesgos en el lugar de trabajo, antes de realizar cualquier cambio que implique modificaciones parciales o totales de cualquier elemento que integre la actividad laboral; estos pueden ser cuestiones administrativas en aplicación de nuevos métodos, integración de instrumentos, procesos o maquinaria, entre otros.

Este precedente permite comprender la importancia de la desconexión digital como un gestor hacia la obtención de tranquilidad, descanso físico y mental del trabajador, una vez concluida su jornada laboral establecida contractualmente. Al respecto, Mendoza (2022) enfatizó que esta necesidad no solo es de aquellos trabajadores que realizan trabajo remoto sino también de aquellos cuya labor es presencial, por lo que existe una influencia transversal.

La desconexión digital es una pieza clave para la salud mental de los trabajadores, que requiere de una normatividad que debería establecerse mundialmente; en la actualidad, solo algunos países cuentan con una legislación de manera formal, que ayuda a delimitar las jornadas laborales y, en consecuencia, el respeto de los tiempos de descanso, de tal manera que se logre un equilibrio y se goce plenamente como un derecho fundamental.

Aspectos positivos de la desconexión digital para la dignidad del trabajador

Dentro de la legislación mexicana, la desconexión digital sigue pendiente, pero existe un “Proyecto de Decreto del Artículo 68-Bis de la Ley Federal del Trabajo” relacionado con este tema. En la propuesta, se explica la necesidad de tiempos de descanso posterior a la jornada laboral como aspecto importante para generar bienestar en el trabajador; en términos generales, el proyecto atiende una de las principales problemáticas: la definición de intervalos o momentos de pausa laboral y disfrute de ese tiempo personal o familiar.

Es importante resaltar que cualquier trabajo establecido formalmente debe tener las características de un trabajo digno.

Se entiende por trabajo digno o decente aquel en el que se respeta plenamente la dignidad humana del trabajador; no existe discriminación por origen étnico o nacional, género, edad, discapacidad, condición social, condiciones de salud, religión, condición

migratoria, opiniones, preferencias sexuales o estado civil; se tiene acceso a la seguridad social y se percibe un salario remunerador; se recibe capacitación continua para el incremento de la productividad con beneficios compartidos, y se cuenta con condiciones óptimas de seguridad e higiene para prevenir riesgos de trabajo. (Ley Federal del Trabajo, 2022, Art. 2)

La desconexión digital podría dar una nueva visión de lo que sería el trabajador productivo desde una perspectiva positiva y dejar atrás “la idea de que el trabajador que más tiempo atiende los requerimientos del empleador es el mejor” (Mendoza, 2022, p.1148). Tanto la legislación y las políticas empresariales respecto a los tiempos de descanso serían un punto de apoyo hacia la valorización del trabajador como ser humano, respetando sus derechos fundamentales y, en la práctica, garantizando la protección de su salud (Mendoza, 2022). Es decir, se debe buscar un equilibrio constante entre el tiempo destinado al trabajo y el tiempo de descanso.

Dado lo anterior, la desconexión digital debe considerarse como un derecho con significación plural, en el que se integrarían otros derechos como, por ejemplo, a la conciliación de vida personal y laboral, a la salud y a la intimidad. Por ello, es importante contar con un marco legal que proteja al trabajador de irrupciones en su horario de descanso y se garantice el cumplimiento de sus derechos fundamentales (Muñoz, 2020).

Conclusiones

El uso de tecnologías digitales ha revolucionado la actividad laboral, sin embargo, para su consolidación, estas herramientas deberán ser auditada; en el sentido de que su uso deberá establecerse para fines productivos durante la jornada laboral. Si bien el uso de diversos dispositivos electrónicos permite mantener una comunicación con el personal interno y externo de la empresa, no deberá ser tomado como aquel que determine una productividad eficiente; es decir, la forma de comunicación permitirá realizar tareas que optimicen el tiempo, pero estas tareas deberán realizarse dentro de la jornada laboral establecida, sin afectar los derechos fundamentales de los trabajadores. En ese marco, la desconexión digital en el ámbito laboral debería ser una de las acciones prioritarias en tiempos de pospandemia.

Referencias

- Bosch, M. J., Riumalló, M. P., & Urzúa, M. J. (2020). Desconexión digital. *Guía práctica, No. 9*. https://www.esec.cl/esec/site/artic/20200605/asocfile/20200605165200/_9__desconexio__n_digital.pdf
- Henry, M. L. (2020). Riesgos Psicosociales del trabajo durante la pandemia: entre la proliferación de los protocolos y la autonomía padecida. En J. C. Neffa, J. A. Kohen, M. L. H., S. Korinfeld, C. Lualdi, & R. Padrón, *Pandemia y riesgos psicosociales en el trabajo. Una mirada interdisciplinaria y la experiencia sindical* (pp. 83-98). Homo Sapiens Ediciones. <http://www.ceil-conicet.gov.ar/wp-content/uploads/2020/11/Pandemia-y-Riesgos-Psicosociales-en-el-trabajo-versio%CC%81n-definitiva.pdf>
- Instituto Mexicano para la Competitividad. (2022). *México en el día del trabajo 2022* (Nota informativa). IMCO. https://imco.org.mx/wp-content/uploads/2022/04/Me%CC%81xico-en-el-Di%CC%81a-del-Trabajo-2022_IMCO_Nota-Informativa.pdf
- Lara, K. C. (2021). *El teletrabajo y su influencia en el bienestar emocional de los trabajadores en periodo de confinamiento por el Covid 19: Propuesta de una guía práctica para el manejo del estrés laboral* [Tesis de licenciatura]. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. <http://201.159.223.180/handle/3317/16958>
- Ley Federal del Trabajo. (2022). Nueva Ley publicada el 1° de abril de 1970. Última reforma publicada, *Diario Oficial de la Federación*, DOF 18-05-2022. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFT.pdf>
- Mendoza, J. S. (2022). El trabajo remoto, la desconexión digital y el tecnoestrés. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(4) 1141-1150. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i4.2649
- Muñoz, A. B. (2020). El derecho a la desconexión laboral: un derecho estrechamente vinculado con la prevención de riesgos laborales. En M. Correa, & M. G. Quintero (Coords.), *Los nuevos retos del trabajo decente: La salud mental y los riesgos psicosociales (Objetivos de desarrollo sostenible 3, 5, 8)*. Universidad Carlos III de Madrid. <https://e-archivo.uc3m.es/handle/10016/29771>
- Organización de los Estados Americanos y Comisión Interamericana de Mujeres. (2020). *COVID-19 en la vida de las mujeres: Emergencia global de los cuidados*. OEA. <https://eurosocial.eu/wp-content/uploads/2020/08/CuidadosCOVID19-ES-1.pdf>
- Organización Internacional del Trabajo. (2020a). *Panorama Laboral en tiempos de la COVID-19. México y la crisis de la COVID-19 en el mundo del trabajo: respuestas y desafíos*. OIT. https://www.ilo.org/mexico/publicaciones/WCMS_757364/lang--es/index.htm

Organización Internacional del Trabajo. (2020b). *Gestión de los riesgos psicosociales relacionados con el trabajo durante la pandemia de COVID-19*. OIT. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/instructionalmaterial/wcms_763314.pdf

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2019). *Horas trabajadas*. OCDE. <https://www.oecd.org/centrodemexico/estadisticas/horas-trabajadas.htm>

Vallecillo, M. R. (2020). El derecho a la desconexión digital: perspectiva comparada y riesgos asociados. *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Empleo*, 8(1), 210-238.

Capítulo 6

El derecho humano a la salud mental en el contexto de la pandemia de COVID-19: estrategias para su afrontamiento y propuesta de un programa de pausas activas como generador de salud física y mental

Ramón Castellanos Ángeles

La pandemia de COVID-19 enfrentó a la humanidad con una nueva realidad, marcada por el cambio en el estilo de vida de la población a nivel mundial derivado del confinamiento, el surgimiento de nuevas modalidades de trabajo y de estrategias pedagógicas en las escuelas, que dejaron en la población daños en su salud mental. Esta última, considerada como un derecho humano, obliga a los Estados a proporcionar estrategias para su cuidado.

La salud mental: un derecho humano

Como componente de una salud integral del individuo, la salud mental es parte fundamental para una buena calidad de vida. La salud mental es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, como se citó en Organización Panamericana de la Salud, 2013) como un “estado de bienestar en el que el cual el individuo es consciente de sus propias aptitudes, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (p.2). Por su parte, Fromm (2002) dio a la salud mental una concepción totalmente social, ya que la considera como un estado relativo, que corresponde al estado de ánimo de la mayoría de la sociedad. Entonces, la salud mental está dada por factores externos que afectan a una población y, a su vez, son los que dan el carácter de normalidad a la salud mental, dependiendo del contexto sociocultural en que el individuo se sitúa.

La salud mental es considerada un derecho humano, pues todas las personas tienen derecho a una salud integral. Según Alonso (2022), “no hay derecho a la salud, si la salud mental no está cubierta”, esto obliga al Estado a garantizar que los habitantes del país puedan tener acceso a una atención adecuada en este rubro.

Previo a la pandemia de COVID-19, en septiembre del 2017, el Consejo de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) reafirmó el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y enfatizó que la salud mental es una parte esencial de ese derecho (ONU, 2017), por lo tanto, la atención de la salud mental debe ser considerada con la misma importancia que se le otorga a la salud física; esto implica actividades para la promoción, la protección y la rehabilitación de la salud mental.

COVID-19 y salud mental

La pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 tuvo su origen en la ciudad de Wuhan, China, fue declarada por la OMS como una emergencia de salud pública con importancia internacional en enero de 2020 y reconocida como una pandemia en marzo de 2020, cuando la cantidad de contagios y muertes tuvieron aumento en 114 países (OMS, 2020).

El mandato de la OMS fue promover la salud pública, instando a los países a encontrar “el equilibrio entre protección de salud, la minimización de los trastornos sociales y económicos y el respeto de los derechos humanos” (OMS, 2020, s.p.). Las estrategias propuestas estaban enfocadas en la participación de gobierno y sociedad para prevenir las infecciones, salvar vidas y reducir al mínimo los efectos.

La imposición de un aislamiento social tomó por sorpresa a la población, debido a que no se tenía conocimiento de eventos cercanos en el tiempo donde se tomaran este tipo de medidas. Las personas que se sometieron a una cuarentena fueron vulnerables a complicaciones neuropsiquiátricas, así como a depresión y ansiedad relacionada con la ausencia de comunicación interpersonal (Palomino-Oré & Huarcaya-Victoria, 2020).

Las afectaciones en la salud mental ponen al individuo ante una mala calidad de vida. Según Lucas-Hernández (2022), “factores externos pueden aumentar la incidencia de pacientes con trastornos mentales como estrés, ansiedad y depresión” (p.557) y, en general, un ciudadano común no está entrenado o informado sobre cómo afrontarles.

La pandemia trajo consigo la aparición de múltiples estresores que atacaron a la población a nivel mundial. El cambio en la dinámica de la jornada laboral, el ajuste en la rutina diaria, el aislamiento de amigos y familiares, la pérdida de empleo y el aislamiento social (Martínez-Taboas, 2020) fueron factores importantes en la afectación de la salud mental de la población. Al respecto, se ha acumulado evidencia sobre las consecuencias sobre la salud mental a nivel mundial, obligando a la OMS a elaborar programas y protocolos de acción para la prevención y disminución de los efectos de la pandemia, así como en la atención oportuna de quienes han tenido alguna afectación en su salud mental (Madariaga & Oyarce, 2020).

De acuerdo con Madariaga y Oyarce (2020), los efectos son multidimensionales y afectan de manera compleja a la totalidad sociopsicobiológica de los sujetos en su dimensión individual. Por lo anterior, es indispensable abordar la problemática relacionada con la salud mental de la población, desde diferentes áreas.

Estrategias para el afrontamiento de la salud mental en el contexto de la pandemia de COVID-19

La pandemia ha provocado efectos negativos tanto en la salud física como mental de las personas infectadas por el virus y, también, en el personal médico encargado de asistirles. En un principio, las medidas se orientaron solo a la prevención de los contagios y a la atención médica, contando con lineamientos e información con la claridad suficiente para el cuidado físico tanto del personal como de los pacientes infectados (Harapan et al., 2020).

Sin embargo, ante la falta de protocolos específicos para la orientación del accionar sobre los efectos psicológicos derivados de la pandemia, los investigadores de la Sociedad Interamericana de Psicología (SIP) construyeron una guía de recomendaciones para orientar a los psicólogos. A partir de una revisión sistemática de la literatura y un procedimiento metodológico para la construcción de las guías, se formaron dos dimensiones, las recomendaciones generales y las líneas de acción. Se utilizó una organización de la información en forma de preguntas con el fin de facilitar la comprensión de la lectura. Algunas de las preguntas incluidas son las siguientes: ¿Cómo actuar frente a la nueva situación? ¿Cómo actuar frente a la expresión de síntomas psicológicos? ¿Cómo afrontar situaciones de cuarentena y de distanciamiento saludable? Cada pregunta se acompaña de un contexto y es terminada con recomendaciones psicológicas para actuar en las diversas situaciones (véase Gallegos et al., 2020).

Uno de los sectores en los que más se ha investigado sobre COVID-19 y salud mental es el sector salud. Los trabajadores de este sector fueron quienes sufrieron más cambios radicales para el desarrollo de su actividad y, en un inicio, se reportaba que no contaban con el equipo de protección personal necesarios para evitar un posible contagio.

Según Lucas-Hernández et al. (2022), respecto a los trabajadores de la salud, el personal femenino es quien padeció más afectaciones mentales y el personal soltero se relacionó con una mayor prevalencia de estrés. Además, estos autores señalaron que no encontraron algún factor que pudiera ser desencadenante de algún trastorno mental, sino que los resultados se orientaban a la necesidad de una mayor atención a la salud mental del personal sanitario, el cual desarrolla un papel relevante en el éxito de la respuesta a la pandemia.

Las afectaciones a la salud mental, además de ser perjudiciales para el bienestar del personal de la salud, reducen su capacidad para el abordaje eficaz de la emergencia sanitaria que ocasiona la enfermedad (Asociación Española de Fundaciones, 2020), debido al incremento de la carga de trabajo, una mayor exposición al contagio, el cansancio físico, la falta de insumos de seguridad o la baja calidad de los que fueron proporcionados, así como el tener que tomar decisiones que desafían a la ética del personal ante la necesidad de racionar la atención sanitaria. En este sentido, el personal sanitario tiene un importante riesgo de impacto psicológico negativo, sobre todo el personal de primera línea de atención a casos de COVID-19. Al respecto, se elaboraron una serie de recomendaciones de promoción y protección de la salud mental de trabajadores y equipos de salud dispuestos como primera línea de atención en la emergencia sanitaria (Véase Cantor-Cruz et al., 2021).

Asimismo, en la búsqueda por encontrar evidencia científica para dar respaldo a las prácticas de intervención y prevención en temas de salud mental, Torres-Díaz et al. (2021) realizaron una investigación que tuvo por objetivo determinar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los docentes, para lograr la adaptación a la situación provocada por la pandemia y proteger su salud mental. Los resultados indicaron que los docentes utilizan estrategias de afrontamiento centradas en el problema, esto les permitió tener una adaptación rápida al confinamiento como un mecanismo de protección a su salud mental.

Las condiciones de salud mental con mayor prevalencia identificadas por la crisis de COVID-19 son la depresión, la ansiedad, el estrés postraumático, la angustia psicológica y los pensamientos suicidas (Hoassin et al., 2020, como se citó en Alvarado-Díaz & Pagán-Torres, 2021). A decir de Oman y Syme (2018), la religión y espiritualidad tiene un impacto positivo en la salud mental, como muestran Alvarado-Díaz y Pagan-Torres (2021), quienes encontraron que las estrategias psicoterapéuticas con base espiritual y religiosa son benéficas cuando son utilizadas con fines psicoterapéuticos y no dogmáticos en el manejo de situaciones estresantes. Además, la espiritualidad y la religión han demostrado funcionar como factores protectores al ser promotores de apoyo, consuelo, sanación y bienestar en personas con creencias espirituales y religiosas.

Otro grupo vulnerable a los trastornos mentales es el de los estudiantes de educación superior. El confinamiento, el cambio en el desarrollo de sus actividades académicas y la exigencia de las nuevas modalidades pedagógicas afectaron su salud mental. De acuerdo con Zapata-Ospina et al. (2021), las instituciones de educación deben crear programas para abordar la salud mental de los estudiantes, considerando “la promoción de la salud mental, la prevención de síntomas mentales, [...] la promoción de interacciones sociales, la atención de síntomas y la implementación de sistemas de respuesta

rápida a crisis” (p.212). En este sentido, el programa debe ser multidisciplinario, incluyente, dinámico y sensible a la cultura.

Las pausas activas como generadoras de salud física y mental

Desde sus orígenes, las pausas activas han sido utilizadas con distintos motivos, entre ellos, mejorar la producción en puestos de trabajo, combatir dolencias musculoesqueléticas originadas en el trabajo, relajar los segmentos musculares más utilizados en una actividad laboral y combatir el estrés. Las pausas activas surgen en Estados Unidos de América, ante la necesidad de disminuir las enfermedades provocadas por falta de una actividad física que generaba pérdidas en una empresa dedicada a los seguros; estas pausas consistían en la realización de rutinas sencillas de actividad física, acompañadas de piezas musicales que eran transmitidas por la radio y seguidas por la población (Castellanos, 2020).

La aplicación de un programa de pausas activas estimula la autoestima, contribuye a la disminución de conductas depresivas y síntomas de ansiedad (Pacheco & Tenorio, 2015). Dados los efectos de la pandemia de COVID-19, un programa de pausas activas se muestra como un importante instrumento para el mejoramiento de la salud mental en los distintos grupos de la población afectada. De acuerdo con Castellanos (2019), las pausas activas se definen como “la interrupción programada de las actividades diarias en la que se realizan ejercicios aeróbicos, de fuerza, flexibilidad y relajación, para el incremento de la condición física, salud mental y promoción de la salud” (p.25). Las pausas activas pueden aplicarse en el contexto laboral, escolar y en el hogar, ya que los programas de pausas activas son adaptables a la dinámica y exigencia del grupo.

De acuerdo con Castellanos (2019), la aplicación de un programa de *pausas laborales activas* (PLA+) a trabajadores de un taller de joyería, con un total de 15 sesiones de 14 minutos, tuvo efectos positivos en la fuerza en piernas, flexibilidad de tren inferior y resistencia aeróbica comparado con la medición al inicio del programa. Para medir la *salud mental positiva ocupacional* (Vázquez, 2015), se aplicó el instrumento SMPO-40, el cual mostró un incremento en la dimensión socioafectiva relacionada con la interacción del trabajador con sus compañeros.

Por su parte, Mullor et al. (2017) analizaron el impacto de un programa de actividad física, aplicado a personas con trastorno mental grave; los resultados fueron positivos en aquellas personas que asistieron a más del 50% de las sesiones, ya que mostraron mejoras significativas en sus competencias sociales. Al respecto, tener una buena condición física se relaciona en forma positiva con la percepción que tiene de sí mismo el individuo, “lo que se traduce en una mejor disposición a los hábitos saludables, además que reduce los sentimientos negativos como la ansiedad y el estrés percibido” (De Miguel et al., como se citó en Castellanos, 2020, p.75).

En el ámbito laboral el uso de las pausas activas produce efectos positivos en el afrontamiento de los riesgos psicosociales, mejorando el ambiente y la satisfacción laboral de los trabajadores. Rodríguez-Romo et al. (2015) analizaron las relaciones entre actividad física y niveles de salud mental; al respecto, el autor encontró que los sujetos con niveles altos de actividad física presentaron niveles de salud mental superiores, mostrando una relación inversa con la vulnerabilidad a los trastornos mentales.

Por su parte, Lovon-Cueva (2021) analizó la aplicación de un programa de pausas activas en la enseñanza virtual, como una estrategia pedagógica para generar espacios de bienestar emocional y regular los estados de ánimo, disminuir la ansiedad, la angustia, el estrés, la frustración o la tristeza. Mediante la recolección de testimonios de los estudiantes durante sus clases virtuales, los resultados mostraron una mejora en las competencias emocionales, así como el aumento del bienestar personal. El 90% de los estudiantes reveló haber tenido sobrecarga académica durante el periodo de pandemia, lo que acentuó emociones negativas, durante y después de las clases.

Conclusiones

Es recomendable considerar el uso de estrategias pedagógicas adecuadas que permitan el manejo de entornos adversos; la facilidad de aplicación de un programa de pausas activas acompañada de una breve intervención psicoeducativa, que tenga como objetivo el aprendizaje de los beneficios a la salud tanto mental como física, puede permitir a las personas integrarlas como parte de sus actividades cotidianas.

De esta manera, el uso de pausas activas puede ayudar a disminuir las emociones negativas generadas por la enseñanza virtual, ya que pueden desarrollarse en cualquier entorno —incluyendo espacios reducidos— y no requiere el uso de equipo o ropa especializada para su realización.

La practicidad de un programa de pausas activas la convierte en una herramienta eficaz en el cuidado de la salud física y mental de aquellas personas que han sufrido daños relacionados con la pandemia de COVID-19; asimismo, este tipo de programas puede funcionar como un factor protector de la salud en futuras situaciones que puedan modificar el estilo de vida de la población.

Si existen condiciones para que las pausas activas se puedan realizar junto con otras personas, los beneficios se extienden al ámbito social, pues la convivencia y el desarrollo de actividades físicas favorecen las relaciones sociales entre compañeros.

Referencias

- Asociación Española de Fundaciones. (2021). *Análisis del shock inicial de la emergencia sanitaria por COVID-19 en las fundaciones*. AEF.
- Alvarado-Díaz, E., & Pagán-Torres, O. M. (2021). Consideraciones sobre la espiritualidad y la religión como recursos de afrontamiento durante la pandemia del COVID-19. *Revista Caribeña de Psicología*, 5, e5007. <https://doi.org/10.37226/rcp.v5i1.5007>
- Alonso, V. (2022). *La salud mental no es un privilegio es un derecho*. Amnistía Internacional. <https://amnistia.org.mx/contenido/index.php/la-salud-mental-no-es-un-privilegio-es-un-derecho/>
- Cantor-Cruz, F., McDouall-Lombana, J., Parra, A., Martín-Benito, L., Quesada, N. P., González-Giraldo, C., Rodríguez, M. L., Cárdenas, A. M., Garzón-Lawton, M., Ronderos-Bernal, C., Guarín, B., Acevedo-Peña, J. R., Gómez-Gómez, O. V. & Yomayusa-González, N. (2021). Cuidado de la salud mental del personal de salud durante COVID-19: recomendaciones basadas en evidencia y consenso de expertos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(3), 74-80. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.02.007>
- Castellanos-Angeles, L. R. (2019). *Efecto de un programa de pausas laborales activas en la condición física y salud mental positiva ocupacional de trabajadores joyeros* [Tesis de Maestría]. Universidad de Guadalajara, México. <https://hdl.handle.net/20.500.12104/83834>
- Fromm, E. (2002). *La patología de la normalidad*. Paidós.
- Gallegos, M., Zalaquett, C., Luna, S. E., Mazo-Zea, R., Ortiz-Torres, B., Penagos-Corzo, J. C., Portillo, N., Torres, I., Urzúa, A., Morgan, M., Polanco, F. A., Florez, A. M., & Lopes, R. (2020). Cómo afrontar la pandemia del coronavirus (COVID-19) en las Américas: recomendaciones y líneas de acción sobre salud mental. *Revista Interamericana de Psicología*, 54(1), 1-28. <https://doi.org/10.30849/ripijp.v54i1.1304>
- Harapan, H., Itoh, N., Yufika, A., Winardi, W., Keam, S., Te, H., Megawati, D., Hayati, Z., Wagner, A. L., & Mudatsir, M. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): A literature review. *Journal of Infection and Public Health*, 13(5), 667- 673. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.03.019>
- Lovón-Cueva, C. (2021). Uso de pausas activas en la modalidad de enseñanza virtual para promover el bienestar emocional en jóvenes universitarios durante el periodo de pandemia. *En Líneas Generales*, (6), 21-33. <https://doi.org/10.26439/en.lineas.generales2021.n6.5588>
- Lucas-Hernández, A., González-Rodríguez, V. R., López-Flores, A., Kammar-García, A., Mancilla-Galindo, J., & Vera-Lastra, O. (2022). Estrés, ansiedad y depresión en trabajadores de salud durante la pandemia por COVID-19. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 60(5), 556-62.

- Madariaga, C., & Oyarce, A. M. (2020). Pandemia por COVID-19: un hecho social total. Sus efectos sobre la salud mental de los chilenos. *Revista Chilena De Salud Pública*, 13-19 <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/60371>
- Martínez-Taboas, A. (2020). Pandemias, COVID-19 y Salud Mental: ¿Qué Sabemos Actualmente? *Revista Caribeña de Psicología*, 4(2), 143-152. <https://doi.org/10.37226/rcp.v4i2.4907>
- Mullor, D., Gallego, J., Cangas, A. J., Aguilar-Parra, J. M., Valenzuela, L. Mateu, J. M., & López-Pardo, A. (2017). Efectividad de un programa de actividad física en personas con trastorno mental grave. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 17(67), 507-521. <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista67/artefectos842.htm>
- Rodríguez-Romo, G., Barriopedro, M., Alonso, P. J., & Garrido-Muñoz, M. (2015). Relaciones entre actividad física y salud mental en la población adulta de Madrid. *Revista de Psicología del Deporte*, 24(2), 233-239.
- Oman, D., & Syme, S. L. (2018). Weighing the evidence: What is revealed by 100+ meta-analyses and systematic reviews of religion/spirituality and health? En D. Oman (Ed.), *Why religion and spirituality matter for public health. Religion, spirituality, and health: A social scientific approach, vol.2.* (pp. 261-281). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-73966-3_15
- Organización de las Naciones Unidas. (2017). *Resolución del Consejo de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas en septiembre de 2017.* Asamblea Nacional de Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/salud-mental-derechos-humanos-onu/>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Alocución de apertura del director general de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020.* <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Organización Panamericana de la Salud (2013). *Salud mental. Guía del promotor comunitario.* OPS. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31342/salud-mental-guia-promotor.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pacheco, A. S., & Tenorio, M. F. (2015). *Aplicación de un plan de pausas activas en la jornada laboral del personal administrativo y trabajadores del Área de Salud No. 1 Pumapungo de la Coordinación Zonal 6 del Ministerio de Salud Pública en la provincia del Azuay en el año 2014* [Tesis de grado]. Universidad Politécnica Salesiana, Ecuador.

- Palomino-Oré, C., & Huarcaya-Victoria, J. (2020). Trastornos por estrés debido a la cuarentena durante la pandemia por la COVID-19. *Horizonte Médico*, 20(4), e1218. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n4.10>
- Torres-Díaz, S., Hidalgo-Apolo, G., & Suárez-Pesántez, K. (2021). Estrategias de afrontamiento en confinamiento por la Covid-19. *Polo del Conocimiento*, 6(7), 491-507. <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/2866>
- Vázquez, J. (2015). *Diseño, validación y fiabilidad de una escala multidimensional para medir salud mental positiva en el ámbito ocupacional* [Tesis doctoral]. Universidad de Guadalajara, México. <https://hdl.handle.net/20.500.12104/85290>
- Zapata-Ospina, J. P., Patino, D. F., Vélez, M., Campos-Ortiz, S., Madrid-Martínez, P., & Pemberthy-Quintero. (2021). Intervenciones para la salud mental de estudiantes universitarios durante la pandemia por COVID-19: una síntesis crítica de la literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50, 199–213.

Capítulo 7

Relatos sobre muerte digna durante la pandemia de COVID-19

*Mario Ángel-González, Enrique Ortiz-Aceves,
Teresa Magnolia Preciado-Rodríguez, Sergio Iván Vázquez-Colunga
y Minerva Catalina Aguilar Olivares*

Durante los meses transcurridos en la pandemia de COVID-19, la humanidad ha sido testigo de un fenómeno inédito que ha afectado al mundo entero. Las consecuencias han sido devastadoras, por ello, la importancia de profundizar en el análisis de los posibles efectos y, específicamente, sobre qué representa la muerte digna en las personas contagiadas del virus SARS-CoV-2. Al respecto, en el capítulo se analiza este fenómeno desde la visión de personas que han estado en contacto directo con la problemática en cuestión, así como la respuesta del Estado ante la *muerte digna* desde la perspectiva de los derechos humanos.

El planteamiento deriva de la necesidad de desarrollar un modelo para entender el concepto de *calidad de vida* de los pacientes contagiados y justificar la decisión de proporcionar los medios de una muerte digna, libre de dolor y sufrimiento físico; esto bajo la supervisión del Estado a través de su sistema de salud. Al respecto, es necesario tener referentes para bosquejar la concurrencia o la divergencia de los derechos humanos involucrados en el tema: el derecho a la salud, a la vida y, en consecuencia, a la muerte con dignidad.

La muerte es, además de inevitable, un evento de aparición espontánea. Nadie sabe cuándo y cómo habrá de morir, sin embargo, en la etapa crítica del proceso de la enfermedad de COVID-19, se suele llegar a un punto donde ya no hay marcha atrás en el camino hacia la muerte. Existe un momento donde es posible diagnosticar y pronosticar de manera confiable la inminencia de la muerte, cuando ya no es posible el alivio. La degradación paulatina de cada persona en esta situación construye un entorno de múltiples aristas, donde el dolor y el deterioro afectan la calidad de vida del paciente. En esas circunstancias, es donde los dilemas personales se multiplican en un ir y venir de la moral a la ética, de las creencias al sentido práctico, de los datos estadísticos a la vida en *carne propia*, de lo políticamente correcto a lo económicamente viable; esto se convierte en una situación muy difícil para todos los involucrados en el ecosistema social del moribundo.

Al respecto, se requiere profundizar en los conocimientos existentes y actuales sobre los métodos, prácticas, procedimientos, reglas, protocolos y saberes sobre los diferentes escenarios de decisión a los que nos enfrentamos ante la muerte, partiendo desde sus bases biológicas, pero explorando sus implicaciones psicológicas y sociales. El panorama que envuelve a la mayoría de los mexicanos en la pandemia en materia de salud no es alentador, mejor dicho, es devastador.

La presencia de las enfermedades crónicas y el envejecimiento se suman a la gran mayoría de la población en situación de pobreza, especialmente los grupos más vulnerables que carecen de servicios básicos. Esto nos obliga a la reflexión y requiere acciones específicas que deben ser meditadas.

Marco teórico

Desde la perspectiva de la bioética, pueden observarse las posibles afectaciones de la pandemia de COVID-19 en los grupos vulnerables de la sociedad (i. e., enfermos crónicos, adultos mayores y personas en pobreza extrema), así como los diversos puntos de vista acerca de los derechos humanos relacionados con la dignidad al final de la vida. Se trata de explicar la postura del personal sanitario ante la muerte y aplicarla al momento actual de la emergencia sanitaria.

El Colegio de Bioética en México está integrado por médicos que sostienen que el *bien morir* es una muerte sin sufrimiento ni dolor, en las mejores condiciones que el caso lo permita. Esta perspectiva se define como laica, libre de fanatismos o principios de autoridad, en un intento por resolver los dilemas que plantean estos temas.

El bien morir pone en juego el derecho a la vida, así como la calidad de vida que quiere uno para sí. En la medida que reflexionamos sobre la muerte, lo hacemos también sobre la vida. Así la vida y la muerte inciden en la dignidad del ser humano como derecho (Álvarez, 2017).

El personal sanitario toma decisiones, algunas apremiantes, sobre el proceso de un paciente, por ejemplo, todas aquellas que se toman ante un diagnóstico confirmado de COVID-19. A la luz de estas reflexiones, se busca explicar el fenómeno de morir con dignidad en el contexto de una contingencia sanitaria.

La carga emotiva que imprime el término *eutanasia* debe ser reinterpretada, representa la necesidad de orientar el sentido específico, en un enfoque de buena muerte y no de homicidio, como está establecido actualmente en el artículo 312 del Código Penal Federal en México (Flemate, 2015).

Entendemos el término de *ética médica* como los principios de comportamiento que controlan y regulan las acciones de los médicos. La bioética, por su parte, describe los principios de comportamiento de los seres humanos ante el mundo biológico.

De acuerdo con Pérez (2008), entre las referencias obligadas respecto a la ética médica se encuentran diferentes códigos como:

el Juramento Hipocrático [...], el Código de Asaf, la Plegaria del Médico [...], la Ética Médica de Percival, la Declaración de Ginebra, el Código de la Organización Mundial de la Salud, etc. Todos estos códigos son híbridos formados por tradiciones antiguas, por costumbres regionales más o menos limitadas [...], que equivalen a la expresión de muy nobles sentimientos, pero nada más. (pp.18-19)

Son tan generales que su valor es más histórico que actual.

Los objetivos que muestra la medicina contemporánea, según Pérez (2008), son tres: “1) preservar la salud; 2) curar o aliviar cuando no se puede curar, y siempre apoyar o acompañar al paciente; y 3) evitar las muertes prematuras e innecesarias” (p.19). En resumen, la medicina busca lograr que los seres humanos “vivan jóvenes y sanos, y mueran sin sufrimientos y con dignidad, lo más tarde que sea posible” (p.19). Todo aquello que favorezca el establecimiento de una relación óptima entre médico y paciente podría calificarse como positivo desde la ética médica.

La muerte es la suspensión de las funciones cardiorrespiratorias. Sin embargo, los avances en terapia intensiva permiten que estas funciones se mantengan durante tiempos prácticamente indefinidos. Al mismo tiempo, los trasplantes de órganos y tejidos para tratar enfermedades han contribuido a considerar el concepto de *muerte cerebral*. En México, la Ley General de Salud (LGS, 2022), en el artículo 343, define la muerte cerebral cuando se presentan los siguientes signos:

- a. Pérdida permanente e irreversible de conciencia y de respuesta ante estímulos sensoriales.
- b. Ausencia de automatismo respiratorio.
- c. Evidencia de daño irreversible del tallo cerebral, manifestando arreflexia pupilar, es decir, ausencia de reflejos oculares y de respuesta a estímulos nociceptivos.

Estos signos deben corroborarse con una angiografía cerebral bilateral o con un encefalograma que demuestre la ausencia total de actividad eléctrica. El concepto legal de muerte ha venido modificándose conforme la ciencia avanza, no es uniforme. Además, desde una concepción médica, se agregan dos dimensiones no previstas en la ley: su oportunidad y su necesidad. Para contextualizar un ejemplo, habría que mencionar que el personal de salud que trabaja en unidades de terapia intensiva se enfrenta a dos tipos de casos:

1. El enfermo consciente en estado terminal de un padecimiento que no tiene remedio rechaza tratamiento y prefiere morir a seguir sufriendo.
2. El enfermo en las mismas condiciones, pero inconsciente, acompañado de familiares que conocen sus deseos.

El médico debería aceptar los deseos del enfermo y no iniciar maniobras heroicas para prolongar una vida no deseada. En estos casos, debe prevalecer la voluntad autónoma del paciente, al respetarse por encima de cualquier consideración; el médico debe asegurarse que el enfermo posee toda la información sobre las consecuencias de su decisión, pero ahí termina su responsabilidad.

De acuerdo con el código ya definido, el médico debiera evitar las muertes prematuras o innecesarias, pero no menciona nada respecto a las oportunas o inevitables y menos de las deseables y benéficas. En pacientes con enfermedades terminales o de edad muy avanzada, o ambas, donde la medicina ya no tiene más que ofrecer, donde se mantiene una espera angustiosa de la familia y se suma al cuadro un gran deterioro económico, la muerte suele transformarse en deseable y benéfica.

Sin duda, se abre un debate sobre bioética de la eutanasia, que responda si se trata de una acción éticamente aceptable, que permita a algunos pacientes ejercer al final de su vida una libertad para decidir cuándo y cómo morir.

En cualquier caso, es necesaria la intervención de un tercero, específicamente un médico, por tal razón es pertinente partir del término muerte *medicamente asistida* (Álvarez, 2008). Podría considerarse como la posibilidad de poner fin a un sufrimiento intolerable y ejercer derecho sobre la propia vida.

No podemos evitar la muerte, pero podemos hacer que llegue de mejor manera. Morir lo mejor posible, cuando alargar la vida no vale la pena para quien la vive. Cuando el médico se da cuenta de que los tratamientos disponibles son inútiles para lograr una curación, debe comunicarlo al paciente, haciéndolo consciente de su situación, encontrándose en la etapa final de la vida y permitiendo al paciente tomar decisiones adicionales referentes a la etapa por venir, especialmente respecto a qué tratamientos quiere recibir y cuáles no.

Cuando los cuidados paliativos no pueden aliviar el sufrimiento físico o emocional de los pacientes es cuando algunos desean que se les ayude a adelantar su muerte. Los cuidados paliativos y la muerte asistida no son mutuamente excluyentes. El paciente podría no querer seguir viviendo en un cuerpo en el que ya no se reconoce y del cual ha perdido control. Para el paciente, en su personal sentido de la dignidad, puede decidir la terminación de su vida cuando el sufrimiento de una enfermedad es intolerable. Al respecto, las opiniones se dividen. Por un lado, están aquellos que piensan que esta

decisión es una expresión de libertad del individuo, que sostiene que la vida es un derecho y no una obligación; por otro lado, están “quienes creen que nadie es dueño de su vida como para decidir su propio final” (Álvarez, 2008, p.43). Ambas posiciones son respetables, lo cual fortalece el derecho a la decisión como eje fundamental del paciente en cada caso particular. Si partimos de la base que el paciente piensa que tiene ese derecho, tendríamos que cuestionarnos si tiene derecho a involucrar al médico en esa decisión. Si tomamos en cuenta que quitarse la vida no es fácil, especialmente en condiciones de un paciente terminal, este no merece una muerte violenta o incierta, buscando terminar con el sufrimiento que le provoca su enfermedad.

La muerte medicamente asistida podría encontrar justificación cuando no hay más alternativas de tratamiento ni manera de aliviar el sufrimiento, cuando se quiere evitar una situación indigna o cuando se está físicamente impedido para quitarse la vida por propia mano.

Los médicos no tienen el deber, en sentido jurídico, de responder a una petición tan especial, máxime si tal acción va en contra de sus valores personales. Podría considerarse más bien un deber de solidaridad.

La pandemia nos plantea un reto descomunal e inédito para el futuro inmediato, y no hay que perder de vista la importancia que representa la muerte como expresión del derecho a la vida en la contingencia. El crecimiento del número de muertos en los hospitales habilitados ha planteado un nuevo dilema: decidir a quién se atiende en prioridad cuando escasean los recursos. La gravedad del problema no termina en la nueva normalidad, ya que a la pandemia sanitaria se le suma una pandemia preexistente y conocida: la pobreza. Los servicios médicos en estos estratos son deficientes. Muere mucha gente que no debiera de morir por esta causa inesperada e inédita.

La bioética, en una pandemia, es la *ley del mal menor*, que refiere a dañar al menor número de personas y beneficiar al mayor número de personas (Krauss, 2020). No se trata de una ciencia exacta. Las consecuencias que se vislumbran parten de la limitación de recursos en los hospitales. El virus ataca por igual a pobres y ricos, pero los pobres no tienen las mismas capacidades de movilización, en tanto que deben resolver necesidades más apremiantes. Cuando dos personas llegan a un hospital y solo hay un respirador, ¿a quién se le va a asignar?

Según la guía de triaje del Consejo de Salubridad General (CSG, 2020), hay ciertos criterios de asignación de recursos, donde se prioriza según el estado de comorbilidad de cada paciente. Es decir, se privilegia al mal menor, o sea, al paciente que tiene más probabilidad de sobrevivir; pero ¿quién y cómo se determina el estado preexistente de cada paciente en modo de contingencia y con qué elementos se determina cuando la situación depende de una rápida decisión? El triaje es un protocolo de intervención ba-

sado en un método de selección y clasificación de pacientes para evaluar prioridades de atención, privilegiando posibilidades de supervivencia de acuerdo con las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. La pregunta fundamental es: ¿la manera de asignar recursos escasos de medicina crítica está sustentada en los derechos humanos y la bioética?

La COVID-19 dejó al descubierto la necesidad de considerar los dilemas bioéticos de la salvaguarda de la vida y la dignidad en la muerte, ambos derechos humanos que no han sido debidamente ponderados en el marco jurídico. Los enfermos crónicos, los adultos mayores y los pobres son los grupos vulnerables involucrados en este riesgo. La normativa actual no parece ser un recurso oportuno en esta situación de contingencia.

Metodología

Se realizó una investigación cualitativa basada en entrevistas semiestructuradas con personas que cumplieran con un perfil específico, de acuerdo con su posición circunstancial en la pandemia o sus conocimientos aplicados al fenómeno, y que estuvieran dispuestos a aportar información en datos narrativos, para reflejar la realidad directa de quienes han estado cerca de la emergencia sanitaria, o bien, que aportaran pensamientos acerca de la importancia y la gravedad del problema. Por razones éticas, se omiten los nombres de los entrevistados y se aporta información sobre ellos, solo con fines de identificación durante la lectura.

El modelo de investigación cualitativa (García, 2016) busca comprender los fenómenos humanos a partir de la experiencia directa de las personas, complementada con una práctica interpretativa de las representaciones del sujeto; en este caso, a partir de una entrevista en profundidad que revele la interacción entre el sujeto, el fenómeno y el investigador. Se pretende comprender el fenómeno a partir de información descriptiva, para saber interpretar el contexto de actuación de los involucrados en los casos de muerte por COVID-19, desde la perspectiva de los diferentes actores sociales que intervienen en el fenómeno.

Construir un marco teórico que refleje la realidad de la dignidad en la muerte por esta emergencia sanitaria no sería tarea fácil, considerando la convergencia de los hallazgos científicos, las creencias y los supuestos involucrados en el tema. Por ello, la importancia de obtener diferentes fuentes de datos y buscar nuevos ambientes de estudio del fenómeno. De esta manera, se identifican los patrones para corroborar la interpretación del fenómeno.

Es necesario plantear las preguntas de investigación que reflejen la comprensión del fenómeno en forma general:

1. ¿Cómo perciben las personas que han estado en contacto con casos de COVID-19, la dignidad de la muerte como derecho humano del paciente?
2. ¿Cómo ocurren los procedimientos para tomar decisiones en intervenciones en situaciones críticas?
3. ¿Cómo ocurre la dignidad de la muerte en los grupos vulnerables expuestos a la COVID-19?
4. ¿Qué tipo de dilemas existen en la práctica hospitalaria que debieran destacarse o analizarse a la luz de los casos de la narrativa social?

Para este propósito, elegimos una serie de tópicos que sirvieran como temas para estimular la conversación durante la entrevista, para preservar el flujo de información, a través de una estructura abierta, y favorecer la espontaneidad de las expresiones del sujeto.

Los tópicos que se desarrollaron para planear las entrevistas fueron elegidos bajo el criterio de buscar los detalles relacionados específicamente a los momentos de decisión que se presentan cuando la muerte de un paciente COVID-19 es una amenaza inminente. Los temas introducidos en las entrevistas fueron:

- Datos demográficos y socio culturales del entrevistado
- Nombre
- Ocupación actual
- Información libre personal aportada por el entrevistado
- Postura personal ante la muerte
- Experiencias de impacto vividas durante la pandemia
- Ver cercana la muerte de otra persona
- Ver cercana la propia muerte
- Conceptualización personal de dignidad en la muerte
- El sufrimiento y el dolor en la etapa final de la vida
- Postura personal ante el derecho a decidir en particular
- Derechos Humanos en la pandemia
- Derecho a la salud, a la vida, a decidir y a la dignidad en la muerte
- Prácticas hospitalarias durante la pandemia
- Consideraciones relativas a la bioética

Los participantes fueron elegidos de acuerdo con su disponibilidad y voluntad de aporte, considerando los perfiles de acuerdo con las siguientes características:

- a. Médicos especialistas, residentes o enfermeros que hayan atendido a pacientes con COVID-19 durante la pandemia y que conozcan los procedimientos de manejo en pacientes terminales.

- b. Pacientes recuperados de COVID-19 diagnosticados que hayan pasado por el proceso de cuarentena o internación y que hayan concluido su proceso infeccioso.
- c. Profesionales de la salud mental o el derecho que hayan tenido casos de repercusión directa o indirecta por COVID-19, que pudieran reflejar un punto de vista analítico del fenómeno.

La recolección de los datos, dada la emergencia sanitaria, se realizó vía digital por la plataforma *Zoom*. Se llevaron a cabo ocho entrevistas en profundidad, semiestructuradas a partir de la guía de tópicos, basada en preguntas abiertas, permitiendo que el sujeto refleje libremente su sentir, su pensar y su proceder, para lograr una *narrativa vivencial* del fenómeno. Las entrevistas fueron grabadas en audio y video, respaldando los textos de los relatos en un registro estructurado de información, para luego analizar como documento en valores de frecuencia de significados. Cabe mencionar que todas las entrevistas se realizaron con el consentimiento explícito de los entrevistados para grabar las sesiones virtuales.

La búsqueda de los significados intrínsecos a las palabras nos conduce a comprender la esencia de la experiencia. Extraer de la conversación los valores, creencias y prácticas de los participantes es tarea de observación profunda y de pretender construir conocimiento nuevo.

Relatos sobre COVID-19

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a ocho participantes, los cuales se presentan en lo sucesivo y solo se describen algunas de sus características a fin de salvaguardar su identidad:

- *Relato 1.* Médico infectólogo funcionario de una institución pública en Guadalajara.
- *Relato 2.* Médico residente de medicina interna en un hospital en California.
- *Relato 3.* Médico residente de terapia intensiva en un hospital en California.
- *Relato 4.* Abogado y académico. Maestro en Derecho. Profesor en una institución pública en Guadalajara.
- *Relato 5.* Psicóloga y Académica especialista en Gerontología. Docente en una institución pública en Guadalajara.
- *Relato 6.* Maestro en Bioética, en una institución universitaria con sede en Roma. Investigador asociado de la facultad de Bioética por una universidad en Guadalajara.
- *Relato 7.* Paciente femenina recuperada de COVID-19, 39 años, Lic. En Ciencias de la Comunicación. Artista plástica.
- *Relato 8.* Paciente masculino recuperado de COVID-19, 58 años, Lic. En Administración de empresas. Empresario.

Todos los relatos fueron transcritos, respetando su lenguaje original, con ciertas correcciones de forma, para efectos de facilitar su lectura. Asimismo, se optó por presentarlo en orden temático en lugar de anecdótico, para facilitar las convergencias o divergencias, atendiendo a la frecuencia de significados.

A continuación, se presentan las temáticas más importantes que surgieron en la conversación de los tópicos con cada uno de los entrevistados.

En la Tabla 1, la naturaleza de la pregunta nos lleva necesariamente a una convergencia dada la inevitabilidad de la muerte como parte de nuestra naturaleza. De acuerdo con los relatos, se destacan las dos visiones que se presentaron por parte de los informantes, en el que se agrega el ejemplo del relato 5, donde se señala la concepción de la muerte desde una naturaleza espiritual y trascendental que explica desde una visión individual. Sin embargo, desde la perspectiva del relato 1, se refiere a un ciclo natural y un proceso en donde se ve involucrado tanto la persona que fallece como sus allegados, el cual requiere de una preparación de todo su entorno, en caso de que esta sea anticipada.

Tabla 1

Tópico uno: concepto personal de muerte

Relato	¿Cuál es tu concepto personal de muerte?
Relato 1	<i>La muerte es parte del ciclo vital de los seres vivos, a lo mejor es un concepto muy “biologicista”, pero los seres vivos nacemos, crecemos, algunos nos reproducimos y, finalmente, morimos [...] para quienes trabajamos en las ciencias de la salud es algo mucho más complejo: es un proceso en el que frecuentemente los seres humanos no nos preparamos y para el cual, principalmente las personas que sufren una enfermedad crónica, que luego se califica como enfermedad terminal, se ven obligados a iniciar una preparación mental, psicológica, familiar [...] sin embargo, nos hace falta pensar en la muerte desde mucho tiempo atrás, para estar siempre preparados y, sobre todo, preparar nuestro entorno.</i>
Relato 3	<i>La muerte es algo inevitable. Es el fin de la existencia. Por misteriosa que parezca, es algo que debemos de admitir como parte de un ciclo natural.</i>
Relato 5	<i>La muerte es un proceso donde fisiológicamente culmina lo que tenemos como seres vivos, sin embargo, creo que hay una trascendencia espiritual y enérgica sobre otro escenario, donde físicamente ya no estás, pero trasciendes a algo desconocido. Yo creo que después de la muerte seguimos estando aquí, no reencarnados, sino que tu esencia continua en otra forma de la materia.</i>

Como se observa en la Tabla 2, cada relato encierra experiencias que convergen en el impacto negativo que presenta el fenómeno, independientemente de las condiciones generales de las personas. El primer aspecto recurrente es el impacto hacia la cercanía de la situación de pacientes, conocidos o experiencia propia y no tener una certeza sobre una posible recuperación. Esto se suma a que, durante el proceso, se encuentren sin el acompañamiento psicológico y emocional de algún ser querido, esto se explica en el relato 1 y 2, mientras que en el relato 7 se señala que, debido a la información previa proporcionada por personas cercanas, hay un miedo constante respecto a lo que representaba ser diagnosticado con este padecimiento.

Salta a la vista que no hay nada que pudiera entenderse desde un ángulo positivo; el miedo a la muerte es el común denominador del referente colectivo, sobre todo a morir en un entorno hospitalario y en un contexto de soledad y aislamiento.

Tabla 2

Tópico dos: experiencias vividas durante la pandemia

Relato	¿Cuáles han sido tus experiencias de impacto vividas durante la pandemia, como ver cercana la muerte de otra persona o bien ver cercana la propia?
Relato 2	<p><i>Para mí lo más fuerte ha sido tener que ver a los pacientes morir solos. Como sabes, los pacientes con COVID deben permanecer aislados, a las familias no les está permitido visitarlos. Es muy duro ver cómo pasan sus últimos días, sus últimas horas, completamente solos.</i></p> <p><i>A excepción de los médicos y enfermeras que permanecen con ellos, los pacientes COVID no están con las personas más importantes en sus vidas: un amigo, una pareja... eso ha sido muy duro para mí.</i></p>
Relato 3	<p><i>Mi experiencia más profunda fue en el mes de mayo/junio de este año que me tocó estar en terapia intensiva como responsable de pacientes de condición moderada a severa. Cuando un paciente ingresa a terapia intensiva por lo regular ya está intubado, requiriendo niveles de oxígeno de alto flujo... Frecuentemente, me llamaban los familiares para saber la condición de sus pacientes, a veces muchas llamadas durante el día. Lo más difícil era tener claro lo que les iba a decir. A veces estaban igual o peor, o se les veía una mejoría, pero al siguiente día caían en paro o fallecían. También debía tener cuidado de no dar ánimos falsos, era algo que en todos los aspectos se presentaba muy difícil. A veces llegaba a mi casa y no podía descansar pensando en los pacientes, en los familiares.</i></p>

Nadie de mi familia se ha enfermado o fallecido por esta enfermedad, pero concretamente un vecino acaba de fallecer, hace un par de meses. Era un abuelo, cabeza de su familia. Tuvo complicaciones hace un mes, fue intubado y recibió el tratamiento junto con su esposa y, finalmente, falleció. Asimismo, la hija de otros vecinos fue llevada en ambulancia de servicio privado, en una camilla especial (hermética), afortunadamente no ha fallecido.

Relato 4 *También me he enterado en mis clases que los papás de dos alumnos de la universidad han fallecido a causa de COVID y, se añade al panorama, el caso de un colega profesor que se encuentra en cuarentena y un alumno de origen argentino, acaba de llegar hace un mes, también enfermó de COVID, pero la pudo librar.*

La sensación que me deja la muerte de mi vecino me entristeció por el contacto y la estima. Sentí algo similar con los padres de mis alumnos.

Relato 7 *Cuando me diagnosticaron positivo a COVID, primero me dio una sensación de miedo, porque me han tocado muchos casos cercanos de gente fallecida por el virus, como que te empiezas a llenar de ideas en la cabeza. En el momento en que te dicen que lo tienes, de verdad es que la cabeza te da mil vueltas y empiezas a hipocondriaquear [sic] y a crear síntomas que igual y no tienes. Todo te pasa por la mente. A esto se le suma que tus amigos o tu familia cuando se enteran de tu situación te empiezan a preguntar cómo vas, a darte consejos... Todo esto te empieza a causar que sientas una especie de ansiedad y el hecho que sea totalmente restrictivo, que te tienes que quedar encerrado, que no puedes tener contacto; en mi caso, con mis hijas que viven conmigo, que no van a la escuela y están todo el tiempo aquí metidas, es muy complicado que ellas quieran acercarse a besarte y abrazarte y que les tengas que decir: no te me acerques.*

En referencia a la pregunta presentada en la Tabla 3, los relatos 1, 2 y 3 referían empatía hacia la persona que presentaba la enfermedad y que, de acuerdo con sus condiciones, no podría sobrevivir. Sobre darle una muerte digna, expresaban la idoneidad de preguntar al involucrado acerca de sus últimos deseos, de disminuir el dolor de forma controlada y de buscar opciones médicas, psicológicas y emocionales.

También existe la relación directa entre dignidad y empatía hacia la familia, una sensación convergente sobre todo en quienes ejercen una profesión médica. Así lo refiere el relato 8 y otros de estos, donde se puede exponer que los seres queridos reciben un impacto directo con una sensación de miedo y rechazo, asociada con el sentimiento de haber podido hacer más.

Tabla 3

Tópico tres: dignidad de la muerte en la pandemia de COVID-19

Relato	¿Es factible preservar la dignidad de la muerte en la pandemia de COVID-19?
Relato 1	<p><i>Ante COVID, se podría generar un escenario de muerte digna, con el menor sufrimiento y dolor posible. El sufrimiento inicia desde la ansiedad y el pánico que representa el saberse posiblemente infectado y, sobre todo, el confirmarlo. Muchas personas al saber el diagnóstico lo consideran de alta probabilidad de muerte, por no tener información suficiente [...] Es muy importante la consejería y apoyo psicológico y el respaldo solidario de los profesionales de la salud, de la familia, de los grupos de apoyo, la sociedad civil organizada, etc.</i></p>
Relato 2	<p><i>No todos los que mueren de COVID mueren intubados. Cuando entran al hospital, les pedimos que nos digan cuáles son sus deseos en cuanto a maniobras pertinentes. Una vez que el paciente está intubado el pronóstico es muy pobre, especialmente si tienen comorbilidad de otras enfermedades o edad avanzada. Se les dice de forma muy realista desde el principio a aquellos que sus requerimientos de oxígeno van aumentando. Se aclara que sus posibilidades de sobrevivir son bajas, desde luego dependiendo de cada caso en particular [...] Cuando vemos a un paciente con un pronóstico muy pobre, le sugerimos que cambie el objetivo de su tratamiento de activo a paliativo o solicite el servicio de hospice [cuidados especializados para pacientes terminales]. Dependiendo de sus requerimientos, se retira todo lo que no es necesario, incluyendo el oxígeno, administrándoles previamente dosis de morfina para evitar que sientan la falta de aire en su respiración, pero una vez que se toma la decisión, se va apagando el centro del cerebro que se encarga de regular las necesidades de oxígeno, evitando el reflejo de asfixia para que no sientan que se están ahogando.</i></p>
Relato 3	<p><i>El aspecto emocional influye mucho en la salud del paciente y en nosotros como médicos. Los familiares no se enteraban realmente del proceso de deterioro, desde que los vieron entrar al hospital hasta tener que decirles de su fallecimiento. Les administrábamos tres o cuatro vasopresores para mantenerlos apenas, más analgésicos, sedantes, hidratación, multivitaminas, etc. Y, aun así, no podíamos apoyarlos en su sufrimiento. Nadie se imagina lo que pasan los pacientes día tras día, verlos sufriendo. Algunos me decían ayúdame y otros decían ya déjame ir; otros ni siquiera sabían qué hacer, qué decidir. Eso fue muy impactante.</i></p>
Relato 8	<p><i>Ayer mi madre cumplió ochenta años y me habló mi hermano para desinvitarme [sic] de la celebración de su cumpleaños, para no infundir temor en los invitados a la fiesta. Hasta tu misma familia te pone las cruces. Es entendible por el miedo general, pero si se siente uno mal. Hay una intención medio oculta de discriminación que te hace sentir como apestado.</i></p>

Respecto a las prácticas hospitalarias (Tabla 4), en diversos relatos (1, 2 y 3), se destaca que la frustración fue uno de los principales elementos que estuvieron presentes y es de esperarse, que ante un fenómeno inédito resulta abundante lo que hay que aprender de la experiencia, sobre todo por la necesidad de búsqueda de información, al no ser suficientes los conocimientos para enfrentarse con esta situación. Es durante estos fragmentos que se expone las prácticas y el trato que se daba a las personas cuando se encontraban conscientes, al brindarles una realidad y proporcionar guía hasta finalizar el proceso. En estas líneas, se puede interpretar el contexto y desgaste al que se enfrentaban los trabajadores del sector salud al tener fuera de sus alcances esa posible contención de lo que representaba una pandemia.

Por otro lado, el relato 4 permite obtener una nueva perspectiva desde personas que lo enfrentaban desde otro entorno; así, la falta de claridad en los procesos y datos pudieron crear confusión e incredulidad por parte de la población en general, al considerar que las organizaciones internacionales no representarían una institución de apoyo sino, por el contrario, donde se podría otorgar una influencia económica internacional. Este punto es importante para poder explicar el inicio hacia una posible postura negativa de la ciudadanía acerca de la pandemia.

Tabla 4

Tópico cuatro: prácticas hospitalarias

Relato	¿Sobre las prácticas hospitalarias en la pandemia, se hace lo correcto o hay algo que se podría mejorar?
Relato 1	<p><i>Quiero ser enfático en un escenario que se vive todos los días en instituciones públicas y privadas de atención COVID: Es el momento donde el equipo médico debe tomar la decisión de intubar al paciente para darle asistencia ventilatoria. Es impactante para el paciente, para la familia y también para el personal de salud. La mayor parte de las veces, el paciente está consciente, muchas veces él autoriza la intubación. Se le explica que hay que dormirlo y llevarlo a un estado de relajación y sueño profundo [...] Hay cosas que pudieran mejorarse en muchos niveles, desde el punto de vista epidemiológico, la atención directa del paciente y el punto de vista de la atención a la esfera psicoemocional en un todo inicial con su familia.</i></p> <p><i>Es necesaria la implementación de medidas tecnológicas que ayuden en la interacción del paciente y su familia. Ayer tuve la oportunidad de comunicar a un paciente vía telefónica con su familia. Fue impactante si te concentras en los elementos de significación: renovar fuerzas y ganas de vivir, es algo que no debemos perder de vista, el paciente tiene mayor éxito si se siente acompañado y comunicado con sus seres queridos.</i></p>

Relato 2

Siempre se pueden mejorar las cosas en el proceso de descubrir una enfermedad que resulta nueva para todos. Lo que en un principio creíamos que era de beneficio para los pacientes como la hidroxiclороquina, pudimos hacerlo mejor, pero procurábamos hacer lo mejor posible con la información con la que contábamos. Realmente todos los días se aprende algo nuevo de esta enfermedad para la que no estábamos preparados.

Relato 3

La mayoría de los pacientes que me tocaron eran gente muy enferma, muy aislados. Imagínate en el lugar de un paciente que está siendo observado como en una pecera, rodeado de personas con vestimentas como de astronauta. El simple hecho de ver esa imagen es muy impactante. En ese momento, llevábamos poco tiempo en la pandemia y no sabíamos, ni siquiera los mejores especialistas, personas muy inteligentes, todo lo necesario para manejar la enfermedad. Nos sentíamos muy frustrados, sobre todo porque en este hospital contamos con lo mejor en recursos médicos, como la dexametasona, el remdesivir ya aprobado por la FDA, ventiladores, donadores, etc. Y ni así podíamos salvar sus vidas [...] Teníamos que hacer cambios sobre la marcha y lo más frustrante era que los pacientes seguían muriendo. Había días que fallecían seis o siete personas a pesar de estar en nuestra atención directa y cercana. Entraba a ver a los pacientes, a hablar con ellos y sentía que eran casi como familiares.

Relato 4

Creo que cada país ha tratado de manejar la pandemia lo mejor que ha podido. Pero es un fenómeno múltiple que a todos los países los tomó por sorpresa. Desgraciadamente, la evidencia fue menospreciada, muchas autoridades hicieron caso omiso al principio. La OMS permitió que siguieran las cosas como normales hasta que los rebasó la situación [...] Actualmente el escenario está mezclado con los efectos colaterales de la pandemia. La aparición de la vacuna sería una solución viable, pero no se ha logrado aún. Los avances son evidentes, pero las noticias sobre este tema se basan en reportes contradictorios y noticias falsas [...] Desgraciadamente, el factor económico determinará el acceso a las vacunas, no tenemos un esquema de seguridad social que asegure la distribución de la vacuna, debemos ser optimistas; a medida que los mercados se vayan reactivando saldremos a flote. El esfuerzo de todos los participantes debiera de ser en conjunto, para cubrir lo mejor posible la campaña de vacunación como expresión del derecho a la salud.

Respecto a la postura sobre muerte asistida (Tabla 5), se puede visualizar que existe una pluralidad de opiniones sobre el derecho a decidir cuándo y cómo morir o bien, del propio concepto de muerte médicamente asistida. Lo podemos observar en el aspecto negativo en el relato 1 que, por su formación médica, podría ser una de las principales razones por la que, desde su visión, los cuidados paliativos y otras medidas podrían ser una alternativa para evadir esta decisión. También, se observan en el relato 4 y 6 una postura que podría ser no tan a favor; esto puede deberse a creencias que se relacionan con espiritualidad religiosa o moralidad, sin embargo, no descartan que en

casos específicos se pudieran considerar estas excepciones. Finalmente, los relatos 2, 3 y 5 expresan una opinión positiva donde su fundamentación está basado en distintas perspectivas: desde la médica, al tener las herramientas para evitar sufrimiento, darle un tiempo de vida con calidad de disfrute y ser ese punto de apoyo entre familia-paciente para respetar su voluntad; desde un punto de vista general, descrita como la oportunidad de decisión de materializar las *palabras vagas* de las personas que se pudieran encontrar en esa situación, a través del conocimiento y la exigencia de un derecho por medio de la protección de la Ley de Voluntad Anticipada, la cual no tiene difusión.

Tabla 5

Tópico cinco: postura sobre muerte asistida

Relato	¿Cuál es tu postura ante el derecho a decidir cuándo y cómo morir y, por ende, del concepto de muerte médicamente asistida?
Relato 1	<i>Mi postura personal ha sido no acudir a la muerte médicamente asistida, aún en un mal pronóstico. Un paciente puede tener dos modalidades de muerte, una, la cardiovascular, que necesariamente lleva a la muerte cerebral. Las dos modalidades son consideradas desde el punto de vista biológico y legal. Me pronunciaría por cuidados paliativos, medidas de sostén, no dolor, no sufrimiento.</i>
Relato 2	<i>Sobre el derecho a decidir estoy de acuerdo, creo que si tenemos las herramientas para evitar sufrimiento no veo por qué no utilizarlas. Nosotros no somos dioses ni mucho menos, pero podemos saber un aproximado del tiempo que le queda a un paciente y en qué condiciones vivirá el tiempo que le queda con un cierto grado de certeza. Para mí, es mejor que vivan unos días con calidad que unos meses con sufrimiento. Es lo que mejor podría preservar la dignidad de un ser humano.</i>
Relato 3	<i>Mucha de la labor en el hospital es ayudar a los pacientes y a la familia a tomar decisiones, dado lo difícil que esto representa, especialmente en la cultura latina. Cuando no hay nada que hacer por el paciente, nuestra labor ética es ayudar a decidir.</i>
Relato 4	<i>Acerca de la muerte médicamente asistida, desde el aspecto religioso me es difícil aprobarlo, pero, desde la parte de los derechos humanos es importante abordarlo y contrastarlo. Muchas veces estos se vuelven un arma de doble filo, atienden más a la conveniencia, según sea el caso, al menos así lo percibo. Desde las diferentes perspectivas, los derechos humanos están creando a un monstruo que tarde que temprano terminará consumiéndose a sí mismo, ya que todos los derechos tienen rango primordial [...] Precisamente, el derecho es a la vida, no a la calidad de vida. Puedo sonar que estoy en contra, lo comprendo, porque se lo que es ver a familiares en deterioro de calidad de vida. Pero me permito recalcar que el derecho humano en cuestión es al respeto de la vida y no el derecho a terminarla.</i>

Relato 5

Sobre el derecho a decidir cuándo y cómo morir, estoy convencida que deberíamos verlo como una oportunidad. No sabemos en qué condiciones vamos a llegar a la muerte, pero el solo hecho de saber que tenemos este derecho es algo bueno. Hay gente que no sabe de esto. Hace poco platicaba con alguien que decía que si llegaba a una situación de vejez donde los demás tuvieran que decidir por ella, no quisiera llegar a ese punto. Ella no sabía que existe una ley de voluntad anticipada donde puede prever estos hechos. Hay mucha falta de información sobre este tema.

Relato 6

Sobre la muerte médicamente asistida, personalmente suscribo la postura de una sacralidad irrestricta de la vida, pero no podemos mantenernos insensibles a situaciones límite, es decir: el ensañamiento terapéutico. Cuando se han agotado todos los medios posibles para hacer remitir el padecimiento de un paciente y no se ha logrado nada positivo, es decir, si la muerte es inminente, lo que procedería sería únicamente los cuidados paliativos. Sabemos que hay países en donde está aprobada la muerte médicamente asistida, yo me mantengo con reservas éticas al respecto, porque esto pudiera abrir la puerta a la eutanasia y, a su vez, derivar en otras prácticas no deseadas en la sociedad [...] La ley de voluntad anticipada es un avance, una protección para los pacientes que desean suscribirla, para estar protegidos de interpretaciones o diversos puntos de vista de familiares que sienten que deben intervenir a favor de un paciente no consciente. Con un documento así, con validez legal, se evitan dimes y diretes. En una sociedad democrática, desde la normativa o el derecho positivo, el derecho a decidir cuándo y cómo morir tendría que ser válido, sin embargo, hay otro tipo de consideraciones de carácter religioso o moral.

Consideraciones finales sobre muerte digna en la contingencia

A manera de conclusión, es esencial afirmar que la muerte es el tema central de la contingencia sanitaria por COVID-19. Todos los esfuerzos de los países han ido encaminados a evitar la muerte causada por un fenómeno inevitable que no estaba previsto en la normalidad de nuestras vidas. Sin embargo, las estrategias de los Estados no siempre contemplan la dignidad en el proceso integral de morir.

El miedo parece ser el estado emocional resultante de la pandemia; el producto de este es el estrés, el cual genera, entre otras cosas, dos consecuencias psicológicas de mayor importancia: la ansiedad y la depresión; esto nos lleva a la reflexión de los posibles efectos devastadores del fenómeno pandémico, al margen del problema sanitario y del efecto colateral en lo económico.

El sector sanitario sabe que la práctica de la muerte asistida es considerada como delito y es, además, un profundo cuestionamiento moral y ético de los médicos que deciden en los detalles mínimos de cada paciente. El encarnizamiento terapéutico debe evitarse a toda costa en el tratamiento de enfermedades como la COVID-19.

La Ley de Voluntad Anticipada, que protege el derecho a los cuidados paliativos, no es suficiente para brindar un marco de tratamiento de acuerdo con las preferencias del paciente. Los especialistas en salud no siempre tienen la perspectiva sensorial del dolor ni la fuente estresante del sufrimiento ante la incertidumbre de vivir o morir en la experiencia directa del paciente. Dicha ley, además de su novedad en el entorno jurídico, requiere la intervención de un notario que de fe de la voluntad anticipada del paciente. Esto se traduce en una gran barrera equiparable al fenómeno social del testamento y que no está al alcance de la mayoría de la población.

El paciente no tiene elementos de juicio para anticiparse a sus propias condiciones futuras de muerte. Su visión contiene huecos de conocimiento que podrían ser circunstanciales en los hechos y presentando dinámicas cambiantes e impredecibles. Una persona puede afirmar en perfecto estado de salud y de conciencia que no desea una muerte dolorosa o llena de sufrimiento, pero no sabe cómo será su situación estando en el momento preciso.

Siempre hay espacio para ampliar los límites de una investigación. El objetivo de este estudio podría ampliar sus fronteras en un futuro próximo para seguir profundizando en el tema.

Referencias

- Álvarez, A. (2008). Elementos para un debate bioético de la eutanasia. En Colegio de Bioética y Foro Consultivo Científico y Tecnológico, *Eutanasia: hacia una muerte digna* (pp. 39-48). FCCyT. http://www.foroconsultivo.org.mx/libros_editados/eutanasia.pdf
- Álvarez, A. (2017). Consideraciones éticas al final de la vida. En L. Hamui & L. C. Ruiz (Eds.), *Educación médica y profesionalismo*. McGraw-Hill. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2450§ionid=193962972>
- Consejo de Salubridad General. (2020). *Guía Bioética para asignación de recursos limitados de medicina crítica en situación de emergencia*. Gobierno de México. http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion_relevante/GuiaBioeticaTriage_30_Abril_2020_7pm.pdf
- Flemate, P. L. (2015). *El derecho a la muerte digna en el ordenamiento jurídico mexicano* [Tesis doctoral]. Universidad de Castilla-La Mancha, España.
- García, M. N. (2016). *Investigación cualitativa*. Universidad de La Laguna.
- Ley General de Salud. (2022). Nueva Ley publicada el 7 de febrero de 1984. Texto vigente. Última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, DOF 16-05-2022. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- Krauss, A. (2020). Coronavirus: ¿Cómo deciden los médicos “quién merece vivir”? [Entrevista televisiva]. *Es la hora de opinar*. <https://www.enlacejudio.com/2020/04/16/coronavirus-como-deciden-los-medicos-quien-merece-vivir-con-arnoldo-kraus/>
- Pérez, R. (2008). El médico y la muerte. En Colegio de Bioética y Foro Consultivo Científico y Tecnológico, *Eutanasia: hacia una muerte digna*. FCCyT. http://www.foroconsultivo.org.mx/libros_editados/eutanasia.pdf

Capítulo 8

Percepciones de los niños ante la emergencia sanitaria
por la pandemia COVID-19

*Claudia Liliana Vázquez-Juárez, Bertha Alicia Colunga-Rodríguez,
Claudia Beatriz Enríquez-Hernández, Mercedes Gabriela Orozco-Solis,
Patricia Elizabeth Silva-Colunga y Sergio Iván Vázquez-Colunga*

La niñez es la etapa durante la cual el ser humano desarrolla su identidad y se asume como parte de una sociedad, a través de su interacción con los diferentes grupos sociales a los que llega a pertenecer (i. e., familia, escuela, grupos de pares, entre otros); es a partir de estos que se cimentan las normas, los valores, las formas de actuar y de pensar de acuerdo con el contexto y el momento histórico en que se vive (Coll, 1990). En esta etapa se adquieren las nociones de lo que está bien o lo que está mal, se aprende a compartir sentimientos, a cómo actuar ante diversas circunstancias y qué hacer para resolver diferentes situaciones problemáticas, obteniendo la información con la cual se irá construyendo la propia realidad; al respecto, autores como Piaget (como se citó en Labinowicz, 1982) y Berger y Luckmann (1968) señalaron que se adquiere del medio social donde se desenvuelven los individuos.

Los drásticos cambios sociales y las estrictas medidas de protección, ocasionados por la pandemia de COVID-19, obligó a todas las personas a realizar adaptaciones emergentes en su entorno; esto originó cambios significativos en los infantes, cuyo desarrollo se ha visto enmarcado por este trascendental momento histórico social; por ello, se considera de suma importancia conocer cómo los niños perciben y representan la emergencia sanitaria. Algunos autores, como Berasategui (2020), han investigado las percepciones de niños respecto al confinamiento por COVID-19.

De acuerdo con Casas (2006), la infancia de una persona y su significado están determinados por el momento histórico que la sociedad atraviesa durante esta etapa de su desarrollo; por su parte, Coll (1990) mencionó que existe en los niños una construcción social que está basada en las características históricas; este proceso de construcción de la realidad, con frecuencia se pierde en la dinámica social, ya que los diferentes significados son generados y compartidos dentro de una sociedad o grupo social a partir de la información recibida, transformándose en algo natural.

En momentos como los que se han vivido durante la pandemia, la transformación de los conocimientos y los procesos de cambio, obligados por la naturaleza humana, marcan diferencias en la forma en que cada niño vive la emergencia sanitaria, el tratamiento de las enfermedades emergentes y el cuidado para no contagiarse de la enfermedad producida por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2.

Los niños son el reflejo de lo que viven, escuchan y observan en su entorno y la sociedad; la forma en que hablan y se expresan por diferentes medios, pueden dar cuenta de cómo es su ambiente y de la manera en que ellos entienden o perciben su realidad a partir de sus interacciones. En cualquier situación de la vida cotidiana, los niños generan ideas propias, reconstruyéndose a partir de la información que les rodea y la organización particular que hacen de ella, ya que durante la infancia el mundo social se concibe como algo estático, no es sino hasta el desarrollo del pensamiento formal que un individuo concibe la dinámica social.

Al respecto, en este capítulo, se describen percepciones de los niños frente a la COVID-19; mediante dibujos y preguntas se indaga sobre el tema del coronavirus y la emergencia sanitaria.

Los drásticos cambios ocasionados por la pandemia

Uno de los cambios más notorios que trajo consigo la pandemia de COVID-19, en la vida de los individuos, es el distanciamiento social; esto afectó directamente en los entornos en los que los niños se desarrollan como son la escuela, la familia, los amigos y la comunidad en general. La posibilidad de que los niños no desarrollaran síntomas de la enfermedad, pero que pudieran fácilmente contagiar a los adultos y, posteriormente, la posibilidad de una mayor afectación en los infantes frente a las variantes de COVID-19 contribuyeron a que los niños se vieran obligados a estar más alerta en las formas de cuidado ante la enfermedad como el uso de cubrebocas, el lavado de manos constante, la distancia entre las personas y la modificación en las muestras de afecto para no contagiarse.

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2021), este drástico cambio de vida generó una serie de efectos colaterales, cuyo impacto se obser-

va principalmente en los infantes, en diferentes áreas como la educación, la nutrición, la salud física y mental, la recreación y la protección, entre otras; en este mismo orden de ideas, y según este organismo internacional, “ante situaciones estresantes como las que vivimos por la pandemia, niñas y niños pueden tener distintas reacciones, como dificultad para dormir, dolor de estómago o estar enojados y con miedo todo el tiempo” (párr.1).

Cabe destacar que la forma en que cada niño ha enfrentado la situación de la pandemia se ve influenciada por las ideas y creencias de las personas cercanas a ellos; a este respecto, Delval (2014) mencionó que las representaciones del mundo social que construyen los niños, es un “proceso activo mediante la adquisición, por un lado, de una serie de normas y valores y por otro, de nociones que implican la comprensión de los procesos e instituciones sociales” (p.35).

Por lo anterior y en virtud de los comentarios que surgen de los docentes y padres de familia, así como las preocupaciones que expresan los niños frente a la COVID-19, surge la necesidad de este estudio.

Metodología

Diseño

Se eligió un método cualitativo de corte descriptivo. Según Hernández-Sampieri et al. (2014), el estudio descriptivo cualitativo es el método que se puede elegir cuando se deseen descripciones de los fenómenos desde la subjetividad de los informantes.

Participantes

La muestra fue de tipo propositivo, es decir, acorde al propósito de la investigación, se incluyeron a siete niños en edades comprendidas de cuatro a nueve años, cuatro hombres y 3 mujeres, todos ellos residentes de la ciudad de Guadalajara, México.

Escenario

Las estrategias metodológicas para la extracción de los datos se realizaron en los domicilios de los participantes; el muestreo se realizó por medio de la técnica de bola de nieve. A los padres de familia se les dio a conocer el consentimiento informado, donde se les explica en qué consiste el estudio; se recabó su aprobación, así como el asentimiento de los niños entrevistados. El estudio se llevó a cabo durante el mes de junio de 2022, con la participación de menores con una edad entre 4 y 9 años.

Recolección de datos

Se entrevistó a los niños participantes y se les pidió que realizaran un dibujo de una persona con COVID-19 y a una persona sin esta enfermedad, para conocer sus creencias y percepciones.

Instrumentos

Se diseñó un cuestionario para registrar datos sociodemográficos de los participantes y de sus padres. Asimismo, se diseñó una guía de entrevista semiestructurada para los niños, para hacerles preguntas relacionadas con la COVID-19. La entrevista contenía los siguientes rubros: (a) definición de la enfermedad; (b) cómo se contrae la enfermedad; (c) cómo se nota que alguien tiene COVID; (d) qué tratamiento debe llevar alguien que tiene COVID; (e) qué les pasa a las personas que les da COVID, entre otras preguntas. Por último, se les pidió que realizaran un dibujo en una hoja de papel en blanco, donde dibujaran a una persona enferma de COVID y a otra sin COVID.

Análisis de los datos

Se extrajeron similitudes y diferencias de los relatos de los niños, se elaboraron viñetas con los fragmentos más representativos de su discurso. Los dibujos fueron analizados por tres investigadores con formación en psicología, seleccionando los dos dibujos con concordancia en las narrativas de los niños.

Consideraciones éticas

Se guardó el anonimato y confidencialidad de los niños participantes, se solicitó consentimiento informado a los padres explicando el objetivo de la investigación y a los infantes se les preguntó si deseaban participar, es decir, se tomó asentimiento. Como estrategia para salvaguardar la identidad de los participantes, se asignó como código la primera letra de su nombre y la primera letra de su apellido, se les explicó que podían negarse a participar, aunque sus padres hayan otorgado su permiso. Cabe señalar que este estudio se ajusta a criterios éticos internacionales, como la *Declaración de Helsinki* (Asociación Médica Mundial, 2017) y la *Ley General de Salud* (2022), en el apartado que señala los elementos a considerar como aspectos éticos en investigaciones con seres humanos.

Resultados

Participaron cuatro niños y tres niñas con edades entre 4 y 9 años, pertenecientes a familias con uno y hasta tres hijos; la edad de los padres fue entre 34 y 41 años, con un nivel de escolaridad entre bachillerato y doctorado. De los infantes participantes, tres se encontraban en educación preescolar, mientras que los otros cuatro se encontraban en el nivel de educación primaria (Tabla 1).

Tabla 1

Características de los participantes

P	S	E	Escolaridad	Código	Padre		Madre		Lugar
					Edad	Escolaridad	Edad	Escolaridad	
1	H	5	Preescolar	OE	39	Bachillerato	34	Licenciatura	2 de 3
2	M	4	Preescolar	VR	39	Bachillerato	34	Licenciatura	3 de 3
3	H	6	Primaria	CI	41	Doctorado	38	Doctorado	2 de 2
4	H	8	Primaria	CG	41	Doctorado	38	Doctorado	1 de 2
5	H	9	Primaria	JE	39	Bachillerato	34	Licenciatura	1 de 3
6	M	4	Preescolar	MG	45	Bachillerato	39	Bachillerato	1 de 1
7	M	7	Primaria	MA	38	Bachillerato	35	Bachillerato	1 de 2

Nota. P = Participante; S = Sexo; E = Edad; Código = Iniciales de su nombre; Lugar = Posición en relación con el número de hijos en la familia.

A continuación, se muestran los hallazgos de las entrevistas. El 100% de los niños entrevistados relacionó el virus con enfermedad y muerte, como se muestra en los siguientes comentarios: “Se muere, te duele todo el cuerpo, te da tos, gripas” (OE, 5 años); “Es una enfermedad [si] no tapas boca te enfermas de COVID-19, es un virus fuera y si no tienes cubrebocas te contagias del virus y mueres” (CI, 6 años).

El 70% mencionó que este virus trae enfermedades relacionada con las vías respiratorias, tal como lo expresan en los siguientes fragmentos: “Que tosen, estornudos, gripa, dolor de cabeza” (JI, 9 años); “Se enferman de todo el cuerpo, tos, por la nariz, te duele todo (MA, 6 años); “Que tosen, estornudos, gripa, dolor cabeza” (MG, 4 años).

El 20% relacionó la COVID-19 con enfermedades de las vías respiratorias (e. g., tos, estornudos, pérdida del olfato, pérdida del gusto) y el 10% con enfermedades estomacales, como se observa en el siguiente comentario: “Tener mareos estornudos, gripa, dolor de cabeza, tos, que te enfermes del estómago, se les ve la cara como algo triste o algo enojado” (CG, 8 años).

En referencia a los dibujos, los niños realizaron uno de personas contagiadas de COVID-19 y otro de personas sin esta enfermedad.

En el análisis de los dibujos, se observó que es fácil para los infantes identificar a las personas enfermas de COVID-19: personas griposas, desgastadas, con ojos llorosos, alejadas de la sociedad porque contagian y están delgados porque no pueden comer. En el dibujo donde no se tiene la enfermedad se observan personas conviviendo, utilizando cubrebocas.

Discusión

La interacción entre el niño y el ambiente genera diversas representaciones mentales, a partir de una situación o suceso que incide en el comportamiento o trato hacia el otro; estos efectos repercuten en la forma en que el niño interactúa con su medio. Bandura (1974) definió lo anterior como *determinismo recíproco*; asimismo, Bronfenbrenner (como se citó en Cortés, 2002) mencionó, en su teoría ecológica, que el contexto cultural representa las creencias, valores y costumbres de su cultura; por ello, proveerles de las herramientas necesarias para su cuidado y protección es indispensable para un desarrollo más integral y para saber protegerse ante estos sucesos. Lo anterior se observa en este estudio, ya que los niños relacionan la COVID-19 como una enfermedad altamente contagiosa, que puede provocar la muerte y cuyo medio de prevención es el uso del cubrebocas; esta representación se ha construido a partir de la información que llega a ellos. Su interacción con otros individuos y con su entorno se ajusta a su situación y contexto social en el marco de la pandemia y la prevención de la enfermedad.

Es importante capacitar a los niños acerca de los efectos de la pandemia a nivel biológico, psicológico y social en la población mundial; al respecto, destaca la vulnerabilidad de los niños ante tales afectaciones y la importancia de mantenerlos informados y no alejarlos de la realidad. Los niños son actores sociales, que participan en los cambios culturales y en la apropiación y generación de conocimiento, por lo tanto, es de gran relevancia hablar de las enfermedades abiertamente y capacitarlos sobre las medidas sanitarias, que permitan su sensibilización ante la prevención y el cuidado de la salud.

Este estudio tuvo algunas limitaciones, entre ellas, que se trató de una muestra pequeña y que, debido a las edades de los participantes, se hicieron pocas preguntas, para no perder su interés. Dentro de las fortalezas, esta su relevancia al buscar percepciones de los niños, ya que existen pocos estudios cualitativos realizados con este grupo etario referente a la pandemia. Por lo tanto, resulta de interés realizar diseños de investigación que den seguimiento a los niños que vivieron la pandemia y los que nacieron en ella, para identificar si manifiestan un mejor autocuidado de su salud en edades mayores.

Conclusiones

Los niños refieren a la COVID-19 como sinónimo de muerte y como una enfermedad altamente contagiosa, por lo que se debe aislar a las personas enfermas. Según los entrevistados, las principales manifestaciones de la enfermedad son: pérdida del olfato y del gusto, tos, mocos, dolor de cabeza, dolor de estómago y dificultad para respirar, lo cual puede causar la muerte. También señalaron que el tratamiento consiste en internarlos en un hospital y darles tratamiento médico, pero que la mayoría se muere. Destaca el señalamiento de los niños sobre la necesidad del uso de cubrebocas, tanto en su discurso como en los dibujos.

Referencias

- Bandura, A. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Alianza.
- Berasategui, N. (Coord.). (2020). *Las voces de los niños y de las niñas en situación de confinamiento por el COVID-19*. Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea. https://web-argitalpena.adm.ehu.es/pasa_pdf.asp?File=USP00202291
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu editores.
- Casas, F. (2006). Infancia y representaciones sociales [versión electrónica]. *Política y Sociedad*, 43(1), 27-42.
- Coll, C. (1990). Un marco de referencia psicológico para la educación escolar: la concepción constructivista del aprendizaje y la enseñanza. En C. Coll, & J. Chomsky, *El lenguaje y el conocimiento inconsciente*. FCE.
- Cortés, A. (2002). La contribución de la Psicología Ecológica al Desarrollo Moral. Un estudio con adolescentes. *Anales de Psicología*, 18(1), 111-135.
- Delval, J. (2014). La representación infantil del mundo social. *Journal for the Study of Education and Development*, 4(13), 35-67. <https://doi.org/10.1080/02103702.1981.10821836>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2021). *Niños, niñas y adolescentes durante COVID-19. Recomendaciones a padres y madres para mejorar el estado emocional de sus hijos e hijas*. UNICEF.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ª ed.). McGraw-Hill.
- Labinowicz, E. (1982). *Introducción a Piaget. Pensamiento. Aprendizaje. Enseñanza*. Fondo Educativo Interamericano.
- Ley General de Salud. (2022). Última reforma publicada. *Diario Oficial de la Federación*, DOF 16-05-2022. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

Capítulo 9

La familia, un valor positivo en la pandemia de COVID-19

Gabriel Dávalos Picazo

La familia es objeto de cambio, en la medida que es receptor de ayuda social, sanitaria, profesional, entre otras; y es sujeto de cambio, en cuanto que forma parte activa de la puesta en marcha de acciones concretas encaminadas a resolver el dilema o problema que afecta a sus miembros (Dávalos, 2014).

Para Infante (2020), son muchos los acontecimientos importantes que transcurren en el devenir de la vida de la familia y no siempre son deseados o planificados. Algunos, como la enfermedad o la muerte, llevan consigo cambios en las formas habituales de organización y funcionamiento de la familia y demandan grandes esfuerzos de ajuste, que ponen a prueba su capacidad de adaptación, así como recursos. Según la autora, la pandemia ha provocado una crisis familiar tanto por la connotación del evento y su carácter amenazante, como por las medidas que imponen su prevención y tratamiento; por ejemplo, ha provocado romper con lo cotidiano, ha generado cambios y ha obligado a asumir una serie de medidas como el uso de la mascarilla o la distancia social. En consecuencia, la crisis puede ser interpretada como peligro o como oportunidad.

Como peligro, la pandemia presenta las siguientes acciones de riesgo:

- Mantener el mismo estilo de vida, ignorando lo que está pasando y haciendo caso omiso a las medidas de protección. Cuando se resta importancia a las medidas de protección contra la COVID-19, se está incidiendo en una menor percepción de riesgo en la familia, que provoca que los miembros más jóvenes asuman conductas arriesgadas, con sus lamentables consecuencias.
- Paralizarse, centrar la atención en lo que no se puede hacer tanto individualmente o como familia y no mantener una actitud proactiva.
- Tener poca tolerancia hacia los estados emocionales de los miembros de la familia, que pueden ser expresión de miedo, incertidumbre, frustración o tristeza.
- No flexibilizar las normas de funcionamiento y no redistribuir los roles en el hogar, aprovechando la presencia de todos o sustituyendo aquel que por motivos de trabajo debe permanecer fuera del mismo.

Dentro de las oportunidades que presenta la pandemia es posible destacar:

- Aumenta la cantidad y calidad de la comunicación familiar.
- Permite retomar una vida de pareja más sosegada, más íntima, así como hablar de la relación o hacer cosas juntos.
- Posibilita una mayor dedicación a los adultos mayores, proporcionando un espacio de mayor participación en la vida familiar, no solo para que cumplan tareas de apoyo sino para escucharlos, para aprender de sus experiencias.
- Contribuye a retomar costumbres relegadas que favorecen la cohesión y armonía familiar, por ejemplo, sentarse todos a la mesa a comer.

La pandemia de COVID-19, un fenómeno cuyo impacto en el bienestar y en el equilibrio social y psicológico de sus miembros es evidente, ha puesto de manifiesto el valor positivo de la familia ante momentos difíciles.

No se puede bajar la guardia, la pandemia continúa poniendo a prueba el valor de la familia, pues supone “un esfuerzo y un espejo donde se reflejan las debilidades y fortalezas del sistema de apoyo a la familia en su triple función de prevención, promoción y protección” (Ministerio de Derechos Sociales, 2022, párr.1), ya que hay cambios en la dinámica familiar que varían, según el tipo de familia, y con la evolución de la pandemia las emociones experimentadas han ido cambiando.

Con la denominada *nueva normalidad* y la reapertura de los centros escolares, ha habido una disminución del estrés y la ansiedad; por otro lado, los problemas se han manifestado, especialmente, en las relaciones de pareja, llevando en ocasiones a situaciones de ruptura con una gran carga emocional negativa; además, han surgido o se han incrementado, otro tipo de problemas o situaciones difíciles como el aislamiento social, los trastornos de conducta alimentaria, la soledad, el suicidio, entre otros.

En España, según el Ministerio de Derechos Sociales (2022), la pandemia ha generado un espacio de reflexión sobre diferentes escenarios de la vida familiar, destacando los siguientes valores y fortalezas:

- El valor de la familia, en cuanto a la importancia de unas buenas relaciones familiares y de su capacidad de superación de los retos.
- La fortaleza de la resiliencia ante la adversidad y la capacidad de aprendizaje y adaptación de las familias ante las nuevas demandas.
- La existencia de una sanidad pública que ha permitido contar con un cinturón protector en estos tiempos difíciles.
- La llegada del teletrabajo como medida para mejorar la conciliación personal, familiar y laboral.

- El valor de la comunicación y colaboración entre familias y profesionales y su inestimable apoyo prestado.
- El valor de la red de apoyo social y comunitario, siendo capaces de participar en ella tanto para recibir como para ofrecer ayuda y recursos en el entorno. (párr.13)

En México, según el Centro de Opinión Pública de la Universidad del Valle de México (COP UVM, 2020), los mexicanos han visto el lado positivo de la pandemia, resaltando los siguientes aspectos:

- Ahora se valora más a la familia.
- Se ha tenido más tiempo para convivir con la familia.
- Ha mejorado la comunicación familiar.
- En el aspecto personal, ahora se valora más la salud, se ha cuidado más la higiene y se ha mejorado en el manejo de herramientas tecnológicas.
- En el campo laboral, ha permitido la implementación del trabajo desde casa, la adquisición de nuevas habilidades y el emprendimiento de nuevos negocios o nuevas formas de comercializar productos.
- En el campo educativo, los alumnos han tenido la oportunidad de conocer nuevos esquemas educativos, de mejorar el manejo de herramientas tecnológicas o ser más autodidactas; referente a los profesores, han aumentado sus competencias digitales.

Según Intermedia (2020), en este momento de incertidumbre, donde hay emociones encontradas, se ha producido un cambio en las rutinas cotidianas, los medios tecnológicos han inundado el quehacer, se han incrementado las necesidades económicas, entre otras situaciones, la pandemia de COVID-19 continúa siendo una oportunidad para fortalecer las relaciones familiares.

En este momento de crisis, incertidumbre y cambios, que discurren entre el miedo y la esperanza, la convivencia no es fácil, porque pueden aumentar los conflictos y fricciones con las personas cercanas (e. g., pareja, hijos, personas mayores); entonces, es conveniente tomar una serie de medidas preventivas para evitar el conflicto, entre ellas:

- Potenciar en todo momento el diálogo entre los miembros del núcleo familiar, teniendo claro que las diferencias son una oportunidad para continuar con el crecimiento personal, manteniendo una actitud proactiva y el interés por entender y comprender al otro.
- Reflexionar sobre la oportunidad para conocerse un poco más a uno mismo y para conocer y crecer con el otro; para ello, es necesario respetar las rutinas y los espacios de cada persona.

- Organizar el día a día. Cada persona tiene un rol y es conveniente asignar algunas tareas, eso permitirá evitar malentendidos. Asimismo, es importante bajar el nivel de exigencia en algunos momentos.
- Tener buena comunicación. Es importante reconocer y expresar de forma adecuada los sentimientos de frustración, ansiedad e incertidumbre. Por ello, es conveniente crear un clima positivo en casa, algunas formas de hacerlo son reforzando las tareas y comportamientos con palabras positivas, atención, afecto, etc.
- Ver a la otra persona como parte esencial de la familia. Aunque esto es algo que debería darse por sentado, es importante hacer saber que cada miembro de la familia es esencial, pese a que puedan discrepar o tener diferente punto de vista; esto es más fácil de conseguir si se evitan las comparaciones, pues estas tienden a generar inseguridad o malestar.
- Tener un espacio para comunicarse y negociar. Un espacio donde se fomenta la escucha activa, donde se respeten los turnos de palabra y la opinión de cada uno, donde las opiniones son consensuadas y no se den juicios de valor constantes; esto fomentará un ambiente propicio para una comunicación constructiva.
- Fomentar el sentido del humor; esto ayudará a mantener una actitud positiva, teniendo claro el respeto por los límites de la otra persona. Sin embargo, hay que tener presente que utilizar el sentido del humor no es burlarse de la otra persona.
- Comprender que en todo conflicto no hay personas ganadoras ni perdedoras, hay seres humanos diferentes que, como tales, tienen preferencias e intereses que, en conjugación con los del resto, pueden tener la misma valía e importancia. Por lo tanto, se debe utilizar el diálogo y la negociación como forma de solucionar los conflictos.

Dentro de la labor de prevención de la COVID-19, es necesario tener en cuenta que las familias pueden verse sobrepasadas respecto a la educación de sus hijos; por ello, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2020) se ha unido a la iniciativa *Parenting for Lifelong Health*, formada por varias organizaciones especializadas en el cuidado de la infancia, para elaborar una guía que ofrece a las familias consejos útiles, entre los que se destaca:

- Hablar de la pandemia de COVID-19 de forma honesta, abierta y alentadora, asumiendo con naturalidad que no se tienen todas las respuestas; esto es, hablar con los hijos, tengan la edad que tengan, adaptando el mensaje a su capacidad de comprensión. Con frecuencia hay secretos a voces y no hablar al respecto puede favorecer la presencia de tabúes o distorsiones cognitivas. Un principio estratégico es la motivación y la esperanza, la motivación señala las metas que movilizan a la

acción y la esperanza es un sentimiento que acompaña a las acciones responsables (Costa & López, 2008).

- Aprender a hacer una autoevaluación emocional, una competencia que tiene un alto valor preventivo. En otras palabras, aprender a admitir, aceptar y mirar de otra manera las dificultades, el sufrimiento, la impotencia, la indefensión y la incertidumbre, en el momento de afrontar problemas o situaciones difíciles, muchas de las cuales escapan a nuestro control.
- Tener un tiempo personal con cada uno de los integrantes de la familia. El tiempo personal que se dedica a cada uno de los hijos, el tiempo “uno a uno” es gratis y puede resultar divertido, hace que los niños se sientan amados y seguros y les muestra que son importantes.
- Mantener un ánimo positivo. Es difícil sentirse positivo cuando hay muchos frentes abiertos; sin embargo, la actitud y retroalimentación positiva mejora el clima familiar. Según Lacomba-Trejo et al. (2020), un clima familiar positivo, así como las estrategias de regulación emocional positivas en los miembros de la familia, son aspectos clave para un buen ajuste personal ante las situaciones vitales estresantes. Según el Instituto Europeo de Estudio de Educación (IEEE, 2006), una familia actúa en *educación positiva* cuando, en la relación padres-hijos, la actitud más frecuente de los hijos es la positiva. Un buen ejercicio para hacer en familia es conversar sobre qué los distingue como familia, cuáles son esas características particulares que la hacen diferente a otras y que les permiten sentirse orgullosos de pertenecer a esta (Infante, 2020).
- Intentar estructurar y organizar la organización familiar mediante una rutina diaria flexible, pero constante. La pandemia COVID-19 ha provocado un cambio en las rutinas diarias de trabajo, hogar y escuela, las familias y sus hijos han tenido que adaptarse a nuevas rutinas y situaciones, lo que ha podido incrementar o agravar el padecimiento de sintomatología emocional (Lacomba-Trejo et al., 2020); por eso, elaborar nuevas rutinas suele ser bastante útil. Las rutinas son un elemento clave que ayuda a organizar el tiempo dentro del hogar, mantiene un horario similar al periodo pre-pandemia y le da gran valor a los momentos destinados al descanso y al esparcimiento (Serrano-Martínez, 2020).
- Aprender a través del juego puede ser divertido para todas las edades. Con hijos menores, las actividades lúdico-educativas más utilizadas son el juego libre, la visualización de películas o dibujos animados y las manualidades. La coordinación con la pareja u otros familiares es clave para atender a los menores con mayor calidad.

- Supervisar el uso de internet. En estos momentos en donde es más factible el uso de internet y redes sociales es primordial la supervisión de su uso. Internet, como aliado, ayuda a los hijos a continuar con sus vidas; sin embargo, como enemigo, presenta riesgos; por ello, es fundamental crear hábitos seguros en este campo.
- Estar cerca sin agobiar. Esto significa legitimar posibles desacuerdos, objeciones y resistencias e intentar ver las cosas desde la perspectiva de los hijos. Es importante mantener una alianza duradera con el otro, especialmente con los hijos adolescentes, la relación ha de estar basada en la confianza y credibilidad mutua (Costa & López, 2008). El modelo temático narrativo dice que cada uno elige su camino y la manera como decide recorrerlo (Ramos, 2019).
- Potenciar la armonía en casa. Construir relaciones respetuosas, cálidas, cercanas que fomenten la seguridad, la unión, el cariño, etc. La escucha activa y la empatía ayudan a mantener un ambiente familiar tranquilo y feliz. Por ello, es importante proporcionar un clima de apoyo que ayude a expresar las emociones sin sentirse juzgado y sin temor a consecuencias. Potenciar una comunicación interpersonal que permita la posibilidad de cambiar la perspectiva sobre las experiencias emocionales displacenteras y reevaluar la propia identidad biográfica (Costa & López, 2008), así como promover un estilo parental basado en la comunicación, apoyo, afecto y promoción de la autonomía.
- Mantener la calma y controlar el estrés. Cuidarse para poder cuidar. En momentos de saturación viene bien hacer una pausa. Es esperable que aparezcan conducta no deseadas cuando los hijos están cansados, tienen hambre, sienten miedo o están aprendiendo a fortalecer su autonomía. La familia es el espacio donde la persona es aceptada por el mismo hecho de ser persona, el lugar donde se recibe el abrazo incondicional.
- Utilizar una comunicación asertiva. En momentos de tensión, agobio o cuando se escala en un conflicto es frecuente reprochar el comportamiento con frases que afectan a la persona, por ejemplo, “eres inútil, todo lo haces mal”. Para evitar mezclar conducta y persona, hay que aprender a utilizar una comunicación asertiva de manera que se señale la conducta que se desea que el otro cambie por su bienestar físico o emocional, evitando descalificaciones, reproches, sermones o chantaje emocional.
- Gestionar el enfado. Esta habilidad puede ayudar a generar un clima familiar favorable. El estrés, el cansancio o las preocupaciones pueden hacer que se pierdan los nervios. Hay que intentar mantener el control. La persona que cuida debe aprender estrategias para tomar distancia, por ejemplo, no interpretar todo como algo personal o no sentirse culpable por aquello que es ajeno a su responsabilidad.

- Afrontar el estrés financiero. La preocupación por el presupuesto familiar puede generar agotamiento, enfado y aislamiento; muchas veces los hijos no entienden que hay que ajustarse a un presupuesto, por ello, es necesario buscar alternativas para afrontar la situación.
- Buscar alternativas para la educación en casas abarrotadas. Mantener a la familia segura frente a la COVID-19 puede hacerse aún más difícil cuando se vive en condiciones de hacinamiento. Es conveniente buscar alternativas, dentro de las posibilidades.

A manera de conclusión, es importante favorecer un clima familiar positivo y desarrollar estrategias de regulación emocional positivas en los miembros de la familia, porque son aspectos clave del ajuste ante situaciones vitales estresantes (Lacomba-Trejo et al., 2020).

En los momentos difíciles es fundamental alentar la motivación y la esperanza. La familia, ante la pandemia de COVID-19, ha sido y sigue siendo un espacio de:

- *Contención*. Para arropar la crisis en un escenario de incertidumbre.
- *Apoyo*. En el ámbito personal, emocional, económico, social y espiritual. Es la piedra angular de la sociedad.
- *Encuentro*. Estar con, ir al encuentro, crecer en relación, sorprender al otro haciendo algo agradable.
- *Consuelo*. Ante la enfermedad o la pérdida. Este momento vital muchas veces requiere un reajuste de los roles o un periodo de adaptación en el seno familiar.
- *Abrazo incondicional*. Que el otro, además de saber que estás, sienta que estás.

Referencias

- Centro de Opinión Pública de la Universidad del Valle de México. (2020). *El lado positivo de la pandemia: valorar la salud y a la familia*. COP UVM. <https://laureate-comunicacion.com/prensa/el-lado-positivo-de-la-pandemia-valorar-la-salud-y-a-la-familia-cop-uvm/#.Yx9fInZBw2x>
- Costa, M., & López, M. (2008). *Guía práctica para promover estilos de vida saludables*. Ediciones Pirámide.
- Dávalos, G. (2014). La orientación familiar, una vía para la prevención. En J. M. Burgos, G. Dávalos, & J. López, *Psicología de la familia: estructuras y trastornos*. CEU Ediciones.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2020). *La educación en familia en tiempos del COVID-19*. <https://www.unicef.es/educa/biblioteca/educacion-familia-covid-19>
- Infante, O. (2020). *Hogar, dulce hogar. La familia en tiempos de Covid-19. Manuales*. Sociedad Cubana de Psicología de la Salud.
- Instituto Europeo de Estudios de la Educación. (2006). *Una educación diferente. Hacer Familia*. IEEEE.
- Intermedia. (2020). *La pandemia del COVID-19, como oportunidad para fortalecer las relaciones familiares*. <https://intermedia.ulpgc.es/la-pandemia-como-oportunidad-para-fortalecer-la-familia/>
- Lacomba-Trejo, L., Valero-Moreno, S., Poatigo-Zerraga, S., Pérez-Marín, M., & Montoya-Castilla, I. (2020). Ajuste familiar durante la pandemia de la Covid-19: un estudio de diada. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 66, 72.
- Ministerio de Derechos Sociales. (2022). *Diversidad familiar y COVID-19: La voz de las familias*. <https://familiasenpositivo.org/monograficos/diversidad-familiar-y-covid-19-la-voz-de-las-familias>
- Ramos, R. (2019). *Terapia narrativa con familias multiproblemáticas*. Ediciones Morata.
- Serrano-Martínez, C. (2020). Impacto emocional y crianza de menores de cuatro años durante el COVID-19. *Perifèria, revista de recerca i formació en antropologia*, 25(2), 74-87.

Capítulo 10

La espiritualidad en el trabajo, desde la perspectiva del modelo de salud mental positiva ocupacional, como estrategia de afrontamiento ante la COVID en docentes de educación superior

*José Luis Razo Guevara, Teresita Esmeralda Mora González,
Ma del Carmen López Zermeño, Julio César Vázquez-Colunga,
Norma Lidia Díaz-García, María Úrsula Palos-Toscano
y Felipe Espinosa Chávez*

El confinamiento derivado de la pandemia de COVID-19 nos ha confrontado con una *nueva realidad*, que reconfigura nuestros paradigmas dentro de la sociedad y pone en desequilibrio la estabilidad de nuestras *zonas de confort*; esto deconstruye nuestro entendimiento de cotidianidad, que coincide cada vez más en una realidad dinámica, cambiante y hasta cierto punto endeble. Nuestras necesidades y requerimientos, tanto en lo individual como en lo colectivo, también se han modificado y los enfoques con los que desarrollamos nuestras actividades cotidianas no han sido la excepción.

La familia, la sociedad, el empleo, entre otros ámbitos, emprendieron un proceso de modificación de sus dinámicas internas. Por ejemplo, en el ámbito familiar fueron evidentes las desproporciones en la disposición de los insumos básicos para poder afrontar el proceso de prevención, en la posibilidad de acceso mínimo a los servicios de salud, así como en la recepción de información eficiente y de calidad que permitieran generar estrategias óptimas y de importancia para la conservación de la salud de los integrantes. Fue necesaria la reformulación de los espacios y formas de convivencia, inclusive de afrontamiento ante el proceso de enfermedad o pérdida de algún miembro de la familia.

Estas alteraciones también se vieron reflejadas en la estabilidad laboral. El empleo representó un estándar de posibilidades y accesos a diferentes beneficios, según las garantías que se encontraban asociadas a las prestaciones del propio empleo; sin embargo, quienes tenían una condición laboral inestable o se encontraban dentro del rubro de la informalidad, cuando adquirían la enfermedad corrían el riesgo de caer en situaciones de precariedad en el acceso a las necesidades básicas como son la alimentación o la seguridad social.

Sin embargo, en el periodo de contingencia se vislumbraron y desarrollaron experiencias desde lo individual y lo colectivo; esto permitió contraponer los procesos de incertidumbre y concebir una resignificación del sentido del trabajo y de la representación que, hasta ese momento, prevalecía en las sociedades previas a la contingencia.

Dicho de otra manera, la importancia de un empleo formal o informal y de aquellos valores asignados hacia el trabajo, permitió ubicar esta actividad en un sistema de prioridades como no se había visto con anterioridad; se afrontó la posibilidad del empleo como una forma de alcanzar “algo”, no solo desde el perfil económico, sino desde la posibilidad de trascender a través de este.

Un ejemplo tácito de esta situación son los docentes, quienes readaptaron su práctica educativa de entornos presenciales de enseñanza, a través de comunidades de aprendizaje, a contextos virtuales que se desarrollaban de forma más autónoma y que requerían de cierto dominio tanto disciplinar en las áreas virtuales como de modelos y teorías de aprendizaje para las cuales no se habían desarrollado; y, al mismo tiempo, se enfrentaron a una nueva dinámica en la interacción de la socialización dentro del aula, ahora desde la virtualidad. Entonces, la figura del docente cumplió con un rol fundamental que fue más allá de los aspectos pedagógicos y, en ocasiones, se convirtió en un agente motivador y en un guía académico. También tuvo que proporcionar contención afectiva hacia las afecciones en sus estudiantes, fungiendo como promotor de resiliencia, de asesor emocional y de oyente activo, convirtiéndolo así en un agente esperanzador en la educación.

Desde la mirada de la salud mental positiva ocupacional (SMPO), estos elementos permitieron al docente simbolizar y resignificar el ejercicio de la docencia como un empleo que le permite consolidarse como un agente transformador; además, le permitieron reconfigurar su ejercicio laboral bajo elementos positivos, para desarrollarse tanto en lo individual como en lo colectivo.

En el ejercicio de la docencia, resulta casi imposible que, entre ambos actores —docente y estudiante—, no se desarrollen una serie de sentimientos, percepciones, construcciones y significados que enriquecen a manera de simbiosis el proceso laboral y académico, respectivamente. Quienes han sido partícipes del ejercicio de la profesión de la docencia, también han sido testigos de la enorme interacción que se desarrolla entre los estudiantes y los docentes. Por ello, no es extraño que, dentro del dominio público de la percepción de la docencia, se encuentre también el entendimiento y el significado de que el docente, además de ser un facilitador de conocimientos, juega roles de mayor profundidad en su interacción; en ocasiones, es amigo, médico, psicólogo e incluso, realiza coberturas ante las necesidades de carencia familiar dentro de la dinámica propia y, por supuesto, cubre a veces las carencias materiales y emocionales con las que el estudiante se integra a la dinámica de socialización del aula.

El empleo de la docencia —como parte importante del desarrollo del individuo— no quedó exento de cambios y afrontó las insuficiencias e incertidumbres que acompañaban a la pandemia de COVID-19; es decir, la resignificación del ejercicio docente, bajo el enfoque de la SMPO, permitió que el profesor percibiera, dentro del propio *caos*, elementos de satisfacción para trascender en el ejercicio de la cotidianidad y mantener un estado de salud mental óptimo que le ayudara a afrontar tanto sus necesidades como las de sus estudiantes.

Salud mental positiva ocupacional

Generalmente, la relación entre el trabajo y el individuo ha sido analizada desde un perfil negativo, es decir, desde una postura de culpabilidad o de castigo. Esta situación se mantuvo durante el desarrollo de la contingencia sanitaria, fue evidente reconocer en cada uno de los empleos —independientemente de la diversidad— la externalización de las carencias que se presentaban (e. g., carencias en equipos de protección personal, bajos salarios, inestabilidad en la seguridad social, entre otros), y que se convertían en un inconveniente para el trabajador.

No obstante, la infinidad de desventajas y perjuicios que la pandemia ocasionó, existen enfoques que priorizan la relación del trabajo individual desde un perfil positivo; tal es el caso de la SMPO, modelo que realiza una propuesta basada en la psicología positiva, la psicología ecológica, la salutogénesis y el humanismo (Vázquez-Colunga, Pando-Moreno, Colunga-Rodríguez et al., 2017).

[La salud mental positiva ocupacional] parte desde la psicología positiva, ya que aborda aspectos como el bienestar psicológico, la felicidad, así como las fortalezas y virtudes humanas, toma en cuenta aportaciones del humanismo como lo es el desarrollo de capacidades y potencialidades humanas, pero a su vez, se basa en las contribuciones de la salutogénesis para la generación de círculos virtuosos de creación e incremento de la salud. Por último, toma en cuenta el enfoque ambiental como base para promover la salud mental en distintos contextos como es el ámbito ocupacional. (Vázquez-Colunga, Pando-Moreno, Colunga-Rodríguez et al., 2017, p.391)

El modelo teórico de la salud mental positiva ocupacional sugiere cuatro dimensiones: *dimensión cognitiva*, *dimensión socioafectiva*, *dimensión comportamental* y *dimensión espiritual* (Tabla 1).

Tabla 1

Definición operativa de las dimensiones que integran la salud mental positiva ocupacional

Dimensión	Definición
Cognitiva	Se refiere a la forma como son percibidos los estímulos en el ámbito ocupacional, es decir, al conjunto de información, creencias y opiniones que el sujeto posee sobre el trabajo y sus condiciones bajo las cuales se realiza el mismo.
Socioafectiva	Se define como el conjunto de emociones, sentimientos y actitudes ante los estímulos percibidos en el ambiente de trabajo, que permiten al sujeto relacionarse intra e interpersonalmente.
Comportamental	Hace referencia a las tendencias, disposiciones o intenciones conductuales ante los estímulos percibidos en el ambiente ocupacional.
Espiritual	Se refiere a la capacidad del sujeto en comprender el sentido y significado del trabajo, así como a los aspectos de este que le permitan tener un sentido de trascendencia a través de su labor.

Nota. Adaptado de Vázquez-Colunga, 2016.

Cabe señalar que, para el abordaje del presente documento, se utilizó la espiritualidad en el trabajo, desde la visión de la propuesta del modelo de SMPO y los ocho elementos que la conforman según la propuesta de Vázquez Colunga (2016) (Figura 1).

Figura 1

Elementos de las dimensiones que integran la SMPO



Nota. Elaborado con base en Vázquez-Colunga, 2016.

Espiritualidad en el trabajo docente

La espiritualidad en el trabajo ha retomado su interés como una forma de interaccionar del trabajador con su entorno laboral, esto es, en lo social, material y natural. Si bien, el tema no es reciente, el enfoque sí lo es. La revisión de la literatura permite identificar distintas definiciones del concepto *espiritualidad en el trabajo*, según se precise el enfoque. De tal manera que existe una relación íntima entre la espiritualidad del individuo, la espiritualidad *per se* y la religión; sin embargo, es importante señalar que, para el caso de la espiritualidad en el trabajo o derivada de este, es primordial no mezclar el concepto de la espiritualidad de estas acepciones con alguna definición de tipo religioso, aun cuando el origen de la palabra pareciera estar inmersa en esta.

Las primeras investigaciones orientaron la espiritualidad como una relación con Dios o algún dogma de tipo superior a lo humano. Esta asociación entre la espiritualidad y ciertas deidades suele ser benéfica, pues provee un significado, un propósito y una misión de vida (Hodge, 2001), a quienes buscan el desarrollo de la espiritualidad interna y un significado o cosmovisión, que guíe sus acciones en la vida.

Al ser algo tan inherente al ser como individuo, el desarrollo de la espiritualidad afecta al mismo tiempo áreas donde el propio sujeto se desarrolla, esto es, afecta las facetas en las que el propio ser, como ser integral, se encuentra vinculado como la familia, el trabajo, los pasatiempos, los amigos, los proyectos, entre otros. (Razo et al., 2021, p.157)

De acuerdo con Edelberg (2006), la espiritualidad es una “manera particular de visualizar a los seres humanos en toda su riqueza, las relaciones de los seres humanos para alcanzar trascendencia, las relaciones entre seres humanos y la manera de alcanzar crecimiento personal” (p.136). (Razo et al., 2021, p.157)

De esta manera, la espiritualidad es una forma de desarrollarse y trascender, “como un componente fenomenológico esencial del ser humano que afecta el funcionamiento de las organizaciones” (Arias et al., 2013, p.16), por lo tanto, está íntimamente relacionada al concepto de bienestar (Noor & Arif, 2011).

Por otra parte, la espiritualidad en el trabajo se podría definir como un marco de valores organizacionales (Jurkiewicz & Giacalone, 2004), que promueven sensaciones individuales de trascendencia y satisfacción que se proyectan al grupo y a la organización (Noor & Arif, 2011); esto se evidencia en una cultura que guía la vida y las prácticas en el trabajo, en “el reconocimiento de que los empleados poseen una vida interior que alimenta y es a la vez alimentada por un trabajo pleno de sentido en un contexto de comunidad” (Edelberg, 2006, p.136) y en la promoción de una experiencia de trascendencia

en el empleado, a través de los procesos de trabajo, que facilita su sentido de conexión con otros de una manera que provee sentimientos de regocijo y totalidad (Jurkiewicz & Giacalone, 2004).

La espiritualidad en el trabajo proporciona un encuentro en lo individual, que puede impactar directamente en el desempeño laboral y aporta al empleado sentido de responsabilidad por el trabajo que realiza, así como empatía hacia los demás; de esta manera, se crea una cultura de trabajo y trascendencia en la ejecución de este, produciendo “sentimientos de plenitud y alegría, así como sentimientos y pensamientos altamente refinados en los empleados” (Marques et al., 2007, p.12).

En esta secuencia de ideas, Mitroff y Denton (1999) realizaron un estudio con el propósito de explorar las percepciones de un grupo de empleados hacia el tema de la espiritualidad en el trabajo. Estos autores aplicaron un cuestionario y una entrevista a 202 empleados de diversas organizaciones, para auscultar el significado de la religión y la espiritualidad en sus vidas, saber si perciben alguna diferencia entre estos conceptos, conocer su opinión referente a la discusión del tema de la espiritualidad en el ambiente laboral, entre otros aspectos.

Entre sus hallazgos destacan estos autores, los siete aspectos que los participantes indican les dan mayor propósito y significado a sus trabajos: lograr desarrollar el máximo de su potencial personal; sentirse asociados a una buena organización; tener trabajos interesantes; ganar dinero; tener buenos compañeros de trabajo; que sus trabajos redunden en un beneficio para las generaciones futuras y; servir a la comunidad inmediata. Un hallazgo significativo fue que todos los participantes fueron capaces de ofrecer una definición del concepto espiritualidad espontáneamente y que en la mayoría de los casos resultaron ser similares. De hecho, los participantes diferenciaron el concepto de espiritualidad con el de religión, otorgándole una cualidad individual e intensamente personal al primero, mientras que la religión fue conceptualizada como ritualista, organizada y comunal. (Mitroff & Denton, 1999 como se citó en Pérez, 2007, p.139)

La espiritualidad del trabajo como estrategia para afrontar la contingencia sanitaria por COVID-19 en docentes

Después de analizar los significados y percepciones de la espiritualidad en el trabajo, es necesario concluir en una acepción casi generalizada. Esta puede construirse bajo el significado que una persona puede dar a su actividad laboral y que le permite crecer en un sentido individual, trascendiendo a través de la capacidad de interacción con otros en la construcción de una realidad.

Ser docente y tener una formación en docencia, pareciera intervenir en el aumento de la SMPO en general y, por supuesto, en el indicador de la espiritualidad en el trabajo. Según este modelo, el nivel de espiritualidad en el trabajo está relacionada con la formación inicial del docente; es decir, aquellos docentes que estudiaron en una escuela normal o que tienen una formación inicial orientada hacia la docencia cuentan con mayor grado de espiritualidad en el trabajo. Sin embargo, la estructuración de la docencia como una profesión es compleja y la afirmación anterior podría justificarse desde la perspectiva de que la docencia, como carrera con estándares profesionalizantes, es relativamente nueva. En tal sentido, si bien los maestros han existido desde que el conocimiento pudo ser compartido a los otros, en los últimos 40 años, la docencia ha modificado el paradigma de su formación, dejando de ser una profesión de servicio social, una actividad que significaba más un apostolado, para entonces introducir en su formación teorías y estándares que le han permitido seguir su proceso de profesionalización.

Metodología

Diseño

La investigación tuvo un diseño híbrido, es decir, se incluyeron metodología cuantitativa y cualitativa para la obtención de los datos.

Participantes

Se incluyeron por medio de censo, 71 docentes de educación superior en una escuela normal del Estado de Jalisco, ubicada en la ciudad de Guadalajara. La muestra se obtuvo por medio de casos consecutivos.

Instrumentos

Para los datos cuantitativos, se aplicó una cédula de datos generales y la subescala de espiritualidad en el trabajo, así como el instrumento SMPO-40, que consta de 40 reactivos en escala tipo Likert de cinco puntos, que va desde totalmente de acuerdo con totalmente en desacuerdo, cuyas puntuaciones más altas reflejan mayor SMPO. Para la fase cualitativa, se elaboró una guía de entrevista semiestructurada, que incluyó preguntas relacionadas con la espiritualidad en el trabajo.

Procedimiento

Posterior a la autorización para la aplicación del estudio, se invitó a participar a los docentes en una sesión plenaria ordinaria, explicando los propósitos del estudio. Previo a la aplicación de los instrumentos, se obtuvo consentimiento informado por escrito. Los datos fueron recabados por el investigador principal y por dos auxiliares.

La escala SMPO-40 se aplicó en una primera fase a 71 profesores; posteriormente, se aplicaron entrevistas semiestructuradas a seis profesores con calificaciones polarizadas, es decir, quienes puntuaron más alto y quienes puntuaron más bajo en SMPO, tres hombres y tres mujeres.

Análisis de los datos

Para la fase cuantitativa, se aplicó estadística descriptiva por medio del programa *SPSS* versión 25. Para los datos cualitativos, se elaboraron fragmentos del discurso de los entrevistados, por medio de la reducción y segmentación de datos.

Resultados

En el estudio híbrido realizado durante el periodo de contingencia sanitaria en el año 2020, en una escuela formadora de docentes, se observó que los docentes entrevistados coincidieron con una formación inicial que no correspondía, en su mayoría, con un currículum de formación normalista. Al respecto, cerca del 70% de los docentes de la institución tiene una carrera que no corresponde a la actividad laboral que desarrollan y, además, mantienen una antigüedad mayor a los 10 años de servicio; es decir, el personal docente que se desempeña en dicha institución cuenta con la suficiente experiencia para desarrollar sus actividades docentes y, de alguna manera, emular o desarrollar elementos vocacionales que le permiten mantener un nivel de espiritualidad alto y medio, como se observa en la Tabla 2.

No obstante, se observó que aquellos docentes que estudiaron en una institución formadora de docentes mantienen un nivel de espiritualidad alto y medio superior al 90%. Es decir, aquellos docentes que tienen una formación inicial orientada hacia la docencia cuentan con mayor grado de espiritualidad en el trabajo; este dato resulta importante y puede cimentar las teorías que señalan los factores vocacionales en la generación de los recursos humanos para el trabajo.

Tabla 2

Nivel de espiritualidad en el trabajo, según la SMPO, en relación con la formación inicial del docente

Formación inicial	Alto	Bajo	Medio	Total
No Normalista	7.04% (5)	4.22% (3)	57.74% (41)	69.01% (49)
Normalista	14.08% (10)	5.63% (4)	11.26% (8)	30.99% (22)
Totales	21.12% (15)	9.86% (7)	69.01% (49)	100.00% (71)

Nota. Con base en el instrumento SMPO-40 (Vázquez-Colunga, Pando-Moreno, & Colunga-Rodríguez, 2017).

Pareciera entonces que la espiritualidad en el trabajo está íntimamente relacionada con la aceptación y el desarrollo de las metas personales proyectadas a través del desarrollo profesional, la vocación y aquellos elementos que le permiten encontrar satisfacción en sus actividades laborales.

Es importante reconocer que, durante el periodo de contingencia, el docente fue consciente de los procesos de salud mental y física que genera su propia profesión, los cuales pueden derivarse de la interacción de sus diferentes entornos; es decir, es imposible separar las condiciones del trabajo de aquellas personales.

Dentro de este estudio, se encontró que quienes obtuvieron un nivel alto de espiritualidad, mostraban también una percepción alta de su salud; esto se reflejó en una alta eficacia y buen desempeño en el trabajo, y en una menor o nula presencia de enfermedades generales o de trabajo; es decir, tienen un buen desarrollo de su actividad laboral y, al mismo tiempo, mantienen una estrategia eficiente de cuidado de la salud mental, a través de la espiritualidad en el trabajo, según se refiere en el modelo de SMPO.

También se observó un sentido amplio de pertenencia a la comunidad; se encontraron tres elementos continuos que pueden ser compatibles con este apartado: (a) sentimiento de arraigo; (b) nivel de apego a los elementos que conforman la comunidad educativa; y (c) vocación y empatía compatibles con la comunidad.

En referencia al sentido de arraigo, se encontraron dos visiones diferentes. El primero relacionado con el rol que juega el docente en la comunidad y la aceptación de este, tal como lo refiere uno de los informantes: “me percibo como una líder en la escuela, tanto con mis compañeras como con los padres de familia” (Docente, 35 años). El segundo se refiere a aquellos elementos que percibe el docente de su realización personal con relación a su comunidad educativa: “puedo tener toda la información académica, pero si mi vocación en mi plan de vida no encaja no puedo ser exitoso” (Docente, 51 años).

Respecto al nivel de apego a los elementos que conforman la comunidad educativa, es decir, el apego que se mantiene entre docentes, estudiantes, padres de familia y la comunidad, puede reflejarse mediante la satisfacción y aquellos elementos de amistad que sobrepasan las relaciones laborales; así lo señalan los docentes: “cuando tus mismos compañeros notan tus avances en tu grupo y te felicitan” (Docente, 51 años); “cuando en el trabajo con otros docentes, también existe la apertura para escuchar sus ideas o trabajar como ellos quieren” (Docente, 35 años).

Con relación a la vocación y empatía compatibles con la comunidad, los docentes indicaron que va de la mano con su misión de vida: “disfruto lo que hago en la escuela, es un trabajo estable y se tienen buenas prestaciones económicas” (Docente, 61 años); “Yo considero que para ser docente hay que tener vocación para cualquier carrera uno debe de amar lo que hace” (Docente, 35 años).

Además, el docente también se acepta como parte del proceso de la construcción social de la salud, a través de la generación de conocimientos que permitan a sus estudiantes tomar decisiones adecuadas, para proteger su salud y de la sociedad que los rodea. Elementos de esta afirmación, lo podemos encontrar en el proceso de trascendencia a través del trabajo en los momentos de incertidumbre que acompañaron a la contingencia sanitaria por COVID-19. Durante ese periodo, las escuelas de todos los niveles educativos tuvieron que realizar adaptaciones curriculares y metodológicas para desarrollar su actividad.

Este factor resultó ser un elemento positivo y preponderante al momento de afrontar las adaptaciones necesarias frente a este proceso de contingencia. Los docentes con formación normalista y con un nivel de espiritualidad alto, percibieron este proceso como una dinámica de adaptación positiva, que impactaba en la forma de desarrollarse durante su vida profesional. Incluso hay quienes afirmaron, que este cambio de paradigma de la educación presencial a la educación virtual ofrecía elementos positivos que no se habían adquirido durante su formación académica, pero que eran necesarios para el desarrollo dentro de esta nueva normalidad.

La experiencia de trascender y de realizar conexiones positivas con otros individuos (en este caso, estudiantes, padres de familia y compañeros de la institución educativa) promovía sensaciones individuales de satisfacción y trascendencia, disminuía los elementos de estrés y permitía fortalecer el desarrollo de una vida escolar más sana.

En este sentido, el escenario propiciado por la contingencia sanitaria permitió a los docentes entender sus necesidades personales y las de sus estudiantes, delimitando entornos de intersubjetividad que les permitían coincidir mutuamente y, además, donde se integraban la concurrencia de las realidades de los roles que ambos juegan y de los roles externos al proceso educativo que también desempeñan. Es decir, docentes, estudiantes y comunidad educativa convergen en este proceso de intersubjetividad que, al mismo tiempo, les permite trascender. Entonces, el docente se asume como un ser espiritual y un facilitador del conocimiento, que ayuda a mitigar y contener los efectos en la salud mental derivado de la pandemia.

Es importante señalar, que independientemente de los niveles de SMPO y de espiritualidad del trabajo, la mayoría de los docentes se perciben con un nivel de salud alto y adecuado para el desarrollo de sus funciones individuales, laborales y sociales.

Reflexiones finales

En estudios como este es posible observar que los docentes con un nivel de espiritualidad en el trabajo, de acuerdo con el modelo de SMPO, buscan generar un ambiente de trabajo adecuado, realizando adaptaciones en las planeaciones, las actividades y en los

contenidos, que permitan al estudiante sentirse cómodo con el entorno educativo diseñado para la educación virtual.

Hasta cierto punto, los docentes señalan sentirse responsables de la formación de los estudiantes durante el proceso de pandemia, justificando que “los estudiantes son los menos culpables” y buscando que el nivel de apego se mantenga aun a pesar de la educación virtual. (Razo et al., 2021, p.168)

Los datos encontrados en esta investigación coinciden con hallazgos referidos en investigaciones desarrolladas en poblaciones similares, en las cuales se indicó que “el porcentaje alto de la dimensión cognitiva y espiritual, puede deberse a la auto capacitación y al significado que tiene la profesión de docente para los investigados” (Vázquez et al., 2017 como se citó en Razo et al., 2021, p.162).

Además, en un estudio desarrollado en la Universidad Católica San Pablo, en Perú, se mostró que los niveles de espiritualidad en el ambiente de trabajo son muy importantes, ya que del 72.9% de profesores mencionaron tener niveles altos de espiritualidad en su vida, el 87.5% se ubicó en un nivel alto de espiritualidad en el trabajo, mientras que el porcentaje de profesores que tiene un nivel alto de espiritualidad global es de 83.3% (Arias et al., 2013).

Otro estudio desarrollado en 2014 en la Universidad Nacional de Costa Rica reflejó que existen correlaciones positivas y significativas entre los factores de los constructos valoración subjetiva de la salud y espiritualidad en el trabajo (Razo et al., 2021, p.162). Esto coincide con los datos arrojados por esta investigación. “De manera que altos puntajes en la valoración de la salud se asocian con altos puntajes en espiritualidad” (Ureña et al., 2014, p.162).

En cuanto a la docencia, como actividad laboral, tanto en este estudio como en otros, se puede observar que los docentes hacen mención de la vocación no solo como un elemento para elegir la profesión cuando se es estudiante, sino como una serie de valores de asistencia a los demás; de acuerdo a los participantes en las diferentes investigaciones, esto exige una entrega que suele ir más allá de los límites de un horario laboral (Razo et al., 2021).

También es importante mencionar que existen elementos que pueden compensar la vocación inicial, como la experiencia en el trabajo docente. Además, como mencionó Covey (1989), la profesión docente, como esencia de su actividad principal, mantiene la oportunidad de intervenir en el futuro de los estudiantes.

En este sentido, el sentimiento de trascendencia se suele asociar con un sentido de conexión con algo mucho más grande que nosotros mismos. Esa aspiración de trascen-

dencia puede expresarse en cuatro círculos concéntricos de conciencia: (a) conciencia de uno mismo; (b) conciencia de los otros; (c) conciencia del grupo y; (d) conciencia sobre la armonía del orden de las cosas (Mirvis, como se citó en Sperry et al., 2007).

Conclusiones

Según los hallazgos de este estudio, la espiritualidad en el trabajo, basada en el modelo de SMPO, resultó ser una estrategia de afrontamiento; esta se refleja no solo en beneficios para los docentes, sino que aporta a los estudiantes un soporte emocional a pesar de la distancia física. En ese sentido, el uso del internet y de otras formas de comunicación digital jugaron un papel esencial para mantener la salud mental de los docentes y de sus estudiantes. Por tal motivo, se considera que esta dimensión no corresponde a lo psicológico propiamente dicho, sino a un plano que va más allá y que se vincula con la trascendencia a través del trabajo, de la identidad y de una vida bien vivida, poniendo el talento al servicio de otros.

Si se consideran los ejes transversales de la espiritualidad en el trabajo, analizados desde la SMPO, se puede afirmar que los docentes intervenidos encontraron, en estos ejes transversales, elementos que les permitieran trascender de forma positiva ante las condiciones de imprecisión en ese momento de contingencia por la pandemia de COVID-19.

Referencias

- Arias, W., Masías, M. A., & Muñoz, E. R. (2013). Espiritualidad en el ambiente laboral y su relación con la felicidad del trabajador. *Revista de Investigación (Arequipa)*, 4, 9-33. https://ucsp.edu.pe/images/direccion_de_investigacion/PDF/revista2013/Espiritualidad-y-felicidad-en-el-trabajador.pdf
- Covey, S. (1989). *The seven habits of highly effective people: Powerful lessons in personal change*. Simon & Schuster.
- Edelberg, G. (2006). La espiritualidad y la religión en el trabajo. *Revista Escuela de Administración de Negocios*, (58), 135-140. <https://www.redalyc.org/pdf/206/20605809.pdf>
- Hodge, D. (2001). Spirituality assessment: A review of major qualitative. *Social Work*, 46(3), 203-214. <https://doi.org/10.1093/sw/46.3.203>
- Jurkiewicz, C., & Giacalone, R. (2004). Values framework for measuring the. *Journal of Business Ethics*, 49, 129-142. <https://doi.org/10.1023/B:BUSI.0000015843.22195.b9>
- Marques, J., Dhiman, S., & King, R. (2007). *Spirituality in the workplace: What it is matters, how to make it work for you*. Personhood Press.
- Mitroff, I., & Denton. (1999). Do not promote religion under the guise of spirituality. *Organization*, 2(10), 375-382.
- Noor, S., & Arif, S. (2011). Achievement Job Satisfaction VIA Workplace Spirituality: Pakistani. *European Journal of Social Sciences*, 19(4), 507-515.
- Pérez, J. A. (2007). Estudio exploratorio sobre el tema de la espiritualidad en el ambiente laboral. *Anales de Psicología*, 23(1), 137-146.
- Razo, J. L., Vázquez, J. C., Colunga, C., Mora, T. E., & Díaz, N. L. (2021). Espiritualidad y salud mental positiva ocupacional en profesores de educación superior. En J. C. Vázquez, M. Ángel, M. L. Preciado, & C. Colunga (Coords.), *La salud mental positiva ocupacional hoy*. Qartuppi. <https://doi.org/10.29410/QTP.21.18>
- Sperry, L., Hoffman, L., Cox, R., & Ervin, B. (2007). Spirituality in Achievement Physical and Psychological Health and Well-Being: Theory, Research and Low Cost Interventions. En L. L'Abate (Ed.), *Low-Coast Approaches to Promote Physical and mental health* (pp. 435-452). Springer. https://doi.org/10.1007/0-387-36899-X_22
- Ureña, P., Barrantes, K., & Solís, L. (2014). Bienestar psicológico, espiritualidad en el trabajo y percepción subjetiva de la salud en personal académico y administrativo de la Universidad Nacional. *Revista Electrónica Educare*, 18(1), 155-175. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/ree/v18n1/a07v18n1.pdf>

- Vázquez-Colunga, J. C. (2016). *Diseño, validez y fiabilidad de un instrumento multidimensional para medir la salud mental positiva ocupacional* [Tesis doctoral]. Universidad de Guadalajara, Jalisco, México. <https://hdl.handle.net/20.500.12104/85290>
- Vázquez-Colunga, J., Pando-Moreno, M., & Colunga-Rodríguez (2017). Psychometric Properties of OPMH-40, a Survey for the Evaluation of the Occupational Positive Mental Health. *Psychology*, 8, 424-435. https://www.scirp.org/pdf/PSYCH_2017022714373869.pdf
- Vázquez-Colunga, J., Pando-Moreno, M., Colunga-Rodríguez, C., Preciado-Serrano, M. L., Orozco-Solís, M. G., Ángel-González, M., & Vázquez-Juárez, C. L. (2017). Salud Mental Positiva Ocupacional: propuesta de un modelo teórico para el abordaje positivo de la salud mental en el trabajo. *Saúde Soc. São Paulo*, 84-595. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017169061>

Capítulo 11

La comunicación pro persona como herramienta para el acceso
al derecho a la salud en tiempos de COVID-19

Sergio Iván Vázquez Colunga

Los efectos de la pandemia de COVID-19 en el mundo han llevado a replantear la efectividad de diversas políticas públicas para la promoción de los derechos humanos, en concreto en materia de salud. El presente texto reflexiona en torno a la importancia de la comunicación institucional como una vía para el entendimiento y ejercicio de los derechos, en un contexto donde el flujo de la información está mediado por la tecnología producto del aislamiento social. En este sentido, se plantea el desconocimiento de dichas prerrogativas como una barrera de acceso a la salud, como generador de desigualdad y, por tanto, como indicador de violencia estructural. Finalmente, se vincula la identificación del fenómeno con la propuesta del modelo comunicación pro persona, como una herramienta para el conocimiento y apropiación del derecho a la salud, como primer paso para su exigencia y justiciabilidad.

El derecho humano a la salud

Los derechos humanos son herramientas para el desarrollo integral de los individuos y representan pretensiones universales para el bienestar de las personas (Pérez-Rey, 2007). En este sentido, la formación ciudadana en la materia por parte del Estado y sus organismos es una labor necesaria para la erradicación de la vulnerabilidad social y las desigualdades; además, una vía para la construcción de una sociedad justa, plural, igualitaria y sustentable (Conde, 2015). Su apropiación por parte de la población representa un horizonte a perseguir que podría acercar a las personas a la consecución de proyectos de vida más plenos.

De manera particular, los medios de comunicación, en su función referencial y apelativa con respecto a la realidad social, la vida política y para la construcción de una opinión fundamentada del entorno (López-Veneroni, 2021), juegan un papel insoslayable en el fenómeno de construcción de conocimiento con respecto a los fenómenos que rodean a la sociedad. Es a través de esta vía de propagación, que el concepto de

derechos humanos ha cobrado gran relevancia en la opinión pública y en torno al cual se genera una profusión de mensajes multiplataforma, donde participan instituciones, medios informativos, líderes de opinión e incluso pares.

Es precisamente a partir de la identificación de tal fenómeno, que países como España han estudiado el rol de los medios informativos en la promoción de programas de bienestar, como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2030 de las Naciones Unidas (2015). En este caso, durante 2019 y 2020, se generaron al respecto más de 11 800 noticias, donde los ODS económicos, medioambientales, tecnológico y de salud han sido los de mayor presencia. En contraste, los objetivos de carácter social como el combate a la pobreza, la educación y la erradicación de la desigualdad fueron los menos cubiertos a nivel mediático (Graphext & Canvas Concultores, 2021). En México, la Comisión Nacional de Derechos Humanos reporta que durante 2020 se registraron más de 11 000 notas en medios impresos; 5000 en medios digitales; 531 notas radiofónicas y 389 en televisión vinculadas a derechos humanos (CNDH, 2021).

Sin embargo, a pesar de dicha vorágine de mensajes que visibilizan el catálogo general de derechos, existe una falta de claridad con respecto al alcance, mecanismos de exigencia y acceso a dichas prerrogativas. Según reconoce la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH, 2022):

México enfrenta una coyuntura compleja en materia de Derechos Humanos, donde las problemáticas y los retos son diversos, en especial referentes a la seguridad, la impunidad, la violencia, la protección de la salud, las prestaciones sociales, la inclusión, la libertad, los derechos de la infancia, las cuestiones que tienen que ver con las personas en contexto de migración, el abatimiento de la pobreza, la defensa del medio ambiente, la igualdad sustantiva entre hombre y mujeres, la violencia contra las mujeres, la educación, el efectivo acceso a la justicia, y la defensa de la cultura, que son tan sólo algunos de los rubros en los que nuestro país tiene pendientes respecto de la vigencia efectiva y real de los Derechos Humanos. (párr.4)

Con respecto a esta falta de conocimiento, que es reconocido por el organismo como un problema que tiene efecto directo en el ejercicio y exigencia de los derechos humanos en México, el organismo manifiesta que:

No toda la población está consciente de que se trata de hechos y situaciones que vulneran los Derechos Humanos, que impiden su pleno ejercicio y que solo mediante el conocimiento de los mismos se les podrá hacer efectivos y exigir su cumplimiento. (CNDH, 2022, párr.5)

Bajo este principio de exigencia informada, la reforma constitucional en materia de derechos humanos del 2011 reconoce la atribución del Estado para el diseño e implementación de políticas públicas para su promoción, tutela y garantía. Dichas estrategias deben alinearse a los parámetros de organismos supranacionales como el Instituto Interamericano de los Derechos Humanos (IIDH), que establece como derecho de todas las personas, independientemente de su condición, recibir formación que les permita comprender sus derechos y obligaciones sociales (IIDH, 2021).

Por otra parte, tomando como referencia los postulados de Galtung (2016) en torno a la violencia, entendida esta como la privación de los derechos humanos y la disminución del acceso a las necesidades básicas, se pueden identificar algunas manifestaciones de violencia estructural en las acciones del Estado. Este tipo de violencia, que perpetúa la marginación y las brechas entre sectores de la sociedad como producto de los procesos de estratificación (La Parra & Tortosa, 2003), es normalizada por las instituciones.

En consecuencia, el impedimento directo o indirecto del derecho de acceso a la justicia resultado de la falta de accesibilidad, visibilidad y entendimiento, podría considerarse como un ejemplo claro de violencia estructural en la que las instituciones participan de manera sistemática. La falta de conocimiento impide la demanda de derechos, perpetúa la desigualdad y la marginación, bajo la falacia de una falsa promoción de los derechos humanos.

En este sentido, tomando como referencia una perspectiva que plantea el fenómeno como un problema vinculado a la falta de entendimiento, apropiación o comprensión del catálogo de derechos, orientaremos la atención de manera concreta al derecho a la salud, positivado en documentos como el pacto de los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (DESCA). El documento establece la responsabilidad de los países que lo ratifican, entre ellos México, para garantizar el más alto nivel posible de salud. Los indicadores establecidos para tales fines miden entre otras cosas, acciones relacionadas con la reducción de la mortalidad, el mejoramiento de la higiene en el trabajo y del medio ambiente, la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas y la lucha contra ellas, además, la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad.

Sin embargo, autores como González (2004, como se citó en Vázquez, 2015) calificaron a esta concepción de salud como un estado utópico, debido a su multidimensionalidad, abstracción e intangibilidad. Lo anterior, debido a la inexistencia de una escala que mida el nivel de *máxima salud*. Por otro lado, el que las personas estén *sanas* tampoco depende enteramente de las acciones del Estado. Ejemplo de ello podrían ser los problemas de salud vinculados a condiciones hereditarias o incluso a hábitos nocivos de las

personas, en ejercicio de su derecho de autonomía. Entonces, dicho mandato no debería entenderse como *el derecho a estar sano* —pues esto es imposible de garantizar—, sino como la obligación del Estado por brindar accesibilidad e infraestructura tanto para el cuidado de la salud como para el tratamiento de la enfermedad, en la medida de sus capacidades (González, 2004, como se citó en Vázquez, 2015).

Finalmente, podrían tomarse en cuenta la desensibilización generada por la sobreexposición a contenidos noticiosos y la opacidad informativa como factores también estructurales que no favorecen al entendimiento y apropiación de los derechos humanos entre la población. La exposición constante a este tipo de mensajes contribuye a lo que Segato (2021) denominó *pedagogía de la crueldad*, entendida como el proceso de desensibilización producto de la exposición sostenida a contenidos que cosifican la vida humana. En este sentido, las cifras de contagios o incluso muertos por la pandemia de COVID-19 son deshumanizados al convertir vidas en números. Este tipo de tratamiento informativo y noticioso no dimensiona el valor de las vidas humanas y el sufrimiento que padecen debido a que son presentados como cifras.

Los medios de comunicación como ventana al mundo en el contexto de la pandemia

Las dinámicas comunicativas, sumadas a la necesidad de mediación tecnológica debido al aislamiento social durante la pandemia, han resignificado la importancia de las plataformas digitales como un entorno donde se construye la realidad social. Al centro de este contexto de comunicación mediada por la *digitalidad*, es posible distinguir a internet como una de las fuentes de información más utilizadas entre sectores particulares de la población. El motor de búsqueda *Google* ocupa el 92% del mercado global como herramienta predilecta con respecto a plataformas similares como *Bing* con un 3.1%; *Baidu* con el 1.7% y *Yahoo* con un 1.5% (Statcounter, 2021). México es el segundo país con mayor cantidad de usuarios de internet en América Latina, con más de 90 millones de internautas. En 2019, el grupo etario de 18 a 24 años representaba el 16% del tráfico digital en el país. Otro 20% estaba concentrado en el demográfico de 25 y 34 años (Statista, 2021).

En América Latina, el grupo etario de entre 15 y 24 años fue el más afectado por los efectos económicos y sociales como parte de la llamada *generación del confinamiento*, producto de la pandemia de COVID-19 (Pinheiro, 2021). Durante este periodo, que limitó la interacción presencial con otras personas y espacios, las plataformas digitales se convirtieron en panóptico de la realidad y las pantallas en la ventana en la que se generaba la mayor cantidad de información sobre lo que sucedía en exterior.

Paralelo al desarrollo de la pandemia se generó la propagación de otro virus, el de la *infoxicación* o la *infodemia*. Lo anterior se refiere a un exceso de contenidos que, lejos de generar una mayor comprensión sobre la dimensión de la crisis sanitaria y las medidas de prevención, provocó desinformación (López-Veneroni, 2021). La Organización Mundial de la Salud ha tenido entonces que combatir dos curvas de contagio, una clínicamente vinculada a la COVID-19 y aquella relacionada con la difusión de información que dificulta la promoción de prácticas saludables, a través de lo que el organismo internacional denominó la *gestión de la infodemiología* (OMS, 2020).

La batalla no ha sido fácil en un contexto donde las instituciones, entre ellas las de salud, atraviesan una crisis de credibilidad. En México, solamente el 16% de los ciudadanos reconoce tener confianza en las instituciones gubernamentales (Moreno & Mendizabal, 2018, como se citó en López-Veneroni, 2021) y la confianza en los medios tradicionales como radio, televisión y periódicos es menor al 19%. Los noticieros en medios tradicionales generan desconfianza en 8 de cada 10 mexicanos (Parametría, 2017).

En el entorno digital, la dinámica de los algoritmos genera un consumo endogámico de contenidos basados en la simpatía y lo que autores como Pellicer (2022), refieren como filtros burbuja, una construcción artificial que reafirma convicciones a partir de la presentación de información consistente con los gustos y preferencias. Este es terreno fértil para la propagación de las llamadas *fake news* y el fenómeno de la posverdad, donde la relevancia de las emociones y la reafirmación de puntos de vista sobrepasa el valor de los hechos objetivos.

A nivel técnico, los contenidos de las redes sociales están basados en modelos predictivos a partir de *big data*, que generan vistas personalizadas a partir de las afinidades y comportamiento digital del usuario (Orlowsky, 2020). En este sentido, el nivel de influencia que las plataformas sociales como *Facebook*, *Twitter*, *Instagram*, *YouTube* o *TikTok* podrían tener un efecto ostensible en la construcción de creencias o actitudes en torno a un fenómeno. Por ejemplo, se puede tener como referente la existencia de teorías conspirativas sobre la utilidad oculta de las vacunas, del origen del virus o los movimientos que promueven la no inoculación.

Con la finalidad de medir el nivel de conocimiento en torno a medidas de prevención y efectos de generados a partir de la pandemia de COVID-19 entre jóvenes universitarios, la Universidad de Guadalajara y la New York University (UdeG & NYU, 2020), realizaron una encuesta electrónica que ofrece pistas con respecto al efecto que tienen los canales digitales en la construcción de creencias y actitudes en torno a un fenómeno.

El estudio aplicado a más de 13 000 sujetos de la Universidad de Guadalajara incluyó a estudiantes de preparatoria, licenciatura y postgrado, con edades entre 14 y 40 años (UdeG & NYU, 2020). El 61% de los encuestados refirió confiar más en la informa-

ción que proviene de internet (i. e., redes sociales, portales de noticias, sitios web) para mantenerse al tanto de la pandemia. Un porcentaje similar le otorga una credibilidad de entre 3 y 4 puntos en la escala de Likert a las dimensiones “veracidad” y “precisión de la información” compartida por autoridades oficiales de salud en redes sociales. El nivel de confianza disminuye entre el 2 y 3 cuando se trata de publicaciones que no provienen de canales institucionales (UdeG & NYU, 2020).

Los resultados de la encuesta también mostraron que los sujetos no utilizan una sola fuente para consumir información, lo que hace ostensible un consumo mediático transmedia. Después de *Whatsapp*, que resulta ser la red más utilizada por el grupo de estudio, *Facebook*, *Youtube* e *Instagram* son las tres plataformas identificadas como predilectas y a las que los jóvenes universitarios dedican más tiempo. En cuarto lugar, como red social a la que más dedican tiempo se encuentra *TikTok* y, finalmente, *Twitter*.

La comunicación como vía para el acceso a los derechos

Tomando en cuenta el efecto de la comunicación en la construcción de creencias y actitudes en torno a un fenómeno, resulta pertinente considerarla también como una vía para el acceso a los derechos, vinculada a su apropiación y entendimiento. Bajo esta premisa, el modelo de *comunicación pro persona* (Vázquez-Colunga & Vázquez-Colunga, 2021) propone un enfoque que aproveche el intercambio de mensajes en beneficio del desarrollo integral del ser humano. Este tipo de comunicación al servicio de la dignidad es multidimensional y cumple con un rol de accesibilidad, igualitario y de visibilización.

A diferencia de la comunicación humanitaria, que es una herramienta para uso en tiempos de crisis, la *comunicación pro persona* está siempre vinculada a los derechos humanos en positivo. [...] La comunicación humanitaria se orienta en resolver problemas bajo un modelo reactivo. Se convierte en una herramienta necesaria a partir del conflicto y es preventiva a partir de evitar problemas. Actúa en un contexto negativo. (Vázquez-Colunga & Vázquez-Colunga, 2021, p.75)

En este sentido, la comunicación pro persona trasciende el plano informativo y de difusión que realizan las instituciones al promover mensajes indiferenciados. Desde esta perspectiva, se consideran incompletas las acciones del Estado por promover, difundir y educar en materia de derechos.

El modelo pretende hacer frente a los procesos comunicativos institucionales que propician la desigualdad generada a partir de la falta de entendimiento.

El problema radica en parte, en una comunicación institucionalizada de tipo generalista, que no contempla las diferencias ni la diversidad de públicos, lo que perpetúa las condiciones de desigualdad a partir de lo que se considera un fenómeno de “falsa promoción de los DDHH”. La falta de entendimiento también es una barrera de acceso. (Vázquez-Colunga & Vázquez-Colunga, 2021, p.76)

Algunos de los retos en los que resultaría pertinente y aplicable dicho modelo son: la profusión de lenguaje técnico utilizada; la falta de diversidad de canales de los medios para acceso a la información; y la incapacidad de los medios de institucionales para competir en relevancia con otros contenidos que apelan a la emoción y generan desinformación y la construcción de mensajes de prevención y cuidado a la salud ininteligibles para audiencias particulares.

Conclusiones

La importancia de que las personas conozcan sus derechos es multidimensional, particularmente en los que afectan de manera más inmediata su calidad de vida. Si bien, el acceso al derecho a la salud está basado en un principio multifactorial que implica la participación conjunta del Estado y la ciudadanía, está al alcance de las instituciones propiciar que las personas entiendan, conozcan y aprovechen sus mecanismos de aplicación. A partir de lo anterior, se podría inferir que el conocimiento es un generador de exigencia informada. Lo que no se conoce, no se defiende, no se exige y, por tanto, no se garantiza.

En un contexto donde la construcción de conocimiento sobre problemas de salud pública global, como la pandemia de COVID-19, depende de la comunicación generada a partir de la mediación tecnológica, la lógica de interacción con la ciudadanía debe replantearse a partir del lenguaje propio de las plataformas y el consumo mediático actual. Dichos contenidos deben ser contemplados en un formato de hipertextualidad que contemple que el usuario no utiliza solo una fuente informativa, en particular cuando existe una crisis de credibilidad en las instituciones.

Combatir la curva de desinformación, a través de la construcción de contenidos relevantes que contemple las características y necesidades informativas de las audiencias, resulta una práctica pertinente para la construcción de una cultura de la prevención en salud. De no ocuparse de ello, las creencias y actitudes serán construidas a partir de información que podría comprometer el bienestar de las personas.

El modelo de comunicación pro persona se propone como una herramienta para la apropiación y el conocimiento de los derechos, los cuales deben ser garantizados por el Estado para brindar mejores condiciones de vida. El desconocimiento es una barrera de acceso a los derechos y su justiciabilidad.

Referencias

- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2021). Informe de actividades 2021. *Comunicación Social*. <http://informe.cndh.org.mx/menu.aspx?id=50066>
- Conde, S. (2015). El papel del educador y la educadora en Derechos Humanos. Dfensor. *Revista Mensual de la Comisión de los Derechos Humanos del Distrito Federal*, 18(10), 17-22. <https://cdhcm.org.mx/wp-content/uploads/2015/10/Dfensor-1015.pdf>
- Galtung, J. (2016). La violencia: Cultural, estructural y directa. *Cuadernos de Estrategia*, (183), 147-168. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/451439>
- Graphext y Canvas Consultores. (2021). *Agenda 2030 en los medios de comunicación. El rol de los medios en la difusión de los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. https://www.canvasconsultores.com/wp-content/uploads/2021/02/Agenda-2030-en-los-medios_Estudio-CANVAS-Graphext.pdf
- Instituto Interamericano de Derechos Humanos. (2021). *Mapa de progresos en Derechos Humanos*. Costa Rica. https://www.iidh.ed.cr/multic/default_12.aspx?contenidoid=c8481c07-6d19-4479-877d-23ae82493985&Portal=IIDH
- La Parra, D., & Tortosa, J. M. (2003). Violencia estructural: Una ilustración del concepto. *Documentación Social*, (181), 57-72. <https://www.ugr.es/~fentrena/Violen.pdf>
- López-Veneroni, F. (2021). De la pandemia a la infodemia: el virus de la infoxicación. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 66(242), 293-312. <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmcps/v66n242/0185-1918-rmcps-66-242-293.pdf>
- Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de desarrollo sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Aplanemos la curva de la infodemia*. <https://www.who.int/es/news-room/spotlight/let-s-flatten-the-infodemic-curve>
- Orlowski, J. (Director). (2020). *El dilema de las redes sociales* [Video documental]. Netflix.
- Parametría. (2017). *Cae confianza en medios tradicionales de comunicación*. <https://www.parametria.com.mx/estudios/cae-confianza-en-medios-tradicionales-de-comunicacion/>
- Pellicer, M. (2022). *Entre la economía de la atención y la posverdad, debemos encontrar una transformación digital más sostenible para las personas que viven en los ecosistemas digitales*. Conferencia en el marco de la mesa redonda “IA, Plataformas, Redes y Metaversos ¿Cómo condicionan el porvenir de los sujetos? Forum psicoanalitic, Barcelona.
- Pérez-Rey, J. (2007). La naturaleza de los Derechos Sociales. *Revista Derechos y Libertades*, 2(16), 137-156. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r23426.pdf>

- Pinheiro, V. (2021). *Generación del confinamiento: Desarmado la bomba de tiempo*. Organización Internacional del Trabajo. https://www.ilo.org/americas/sala-de-prensa/WCMS_816575/lang--es/index.htm
- Segato, R. (2021). *Ponencia Contra la pedagogía de la crueldad: La experiencia vincular y comunitaria de las mujeres* [Conferencia]. Feria Internacional de Libro, Guadalajara, Jalisco, México. https://www.youtube.com/watch?v=P4JG_qDsGDA&list=PLoGcMDZzCIT7vBwejtG0ZQjScBcJTnp2b&index=1&t=3089s
- Statcounter. (2021). *Usuarios de Internet en América Latina*. Statista. <https://es.statista.com/estadisticas/1073677/usuarios-internet-pais-america-latina/>
- Statista. (2021). *Utilización de internet por grupo de edad en México*. Statista. <https://es.statista.com/estadisticas/620131/utilizacion-de-internet-por-grupo-de-edad-mexico>
- Universidad de Guadalajara & New York University. (2020). *Encuesta de percepción y conocimiento de medidas de prevención de COVID-19 en jóvenes de la Universidad de Guadalajara*. (2021st ed.) [Base de datos encuesta digital.]
- Vázquez, R. (2015). Derechos Humanos. *Una lectura liberal igualitaria*. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vázquez-Colunga, S. I., & Vázquez-Colunga, J. C. (2021). La Comunicación Pro Persona en el Trabajo Decente. En J. C. Vázquez-Colunga (Coord.), *Salud Mental Positiva Ocupacional. Investigaciones Actuales y Consideraciones Técnico-Conceptuales*. Pienso en Latinoamérica.

Acerca de los autores

Adriana Monserrat Vázquez-Manzo

Maestra en Ciencias de la Salud en el Trabajo y Médica Cirujana y Partera por la Universidad de Guadalajara. Es auxiliar de investigación en la Universidad de Guadalajara y miembro del Grupo de investigación EPISTEME. Ha participado como ponente en múltiples congresos de investigación. Ha obtenido premios de primero y segundo lugar por investigación original. Es coautora en artículo de revista arbitrada. Entre sus principales líneas investigación se encuentran: procesos psicobiológicos asociados a estrés laboral, factores psicosociales y tiempos de jornada de trabajo.

Andrea Berenice Lima Colunga

Maestra en Ciencias de la Salud en el Trabajo por la Universidad de Guadalajara y Licenciada en Nutrición por la Universidad Enrique Díaz de León. Actualmente, es estudiante en el Doctorado en Derechos Humanos.

Bertha Alicia Colunga-Rodríguez

Doctora en Educación para la Formación Profesional por el ITEC, Maestra en Educación en el área de la Docencia e Investigación por la Universidad Santander, Maestra en Ciencias de la Salud en el Trabajo y Química Farmacobióloga por la Universidad de Guadalajara. Es profesora de asignatura en la Escuela Normal Superior de Jalisco con perfil PRODEP. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel C, y miembro de la Red de Cuerpos Académicos e Investigadores para el Desarrollo Humano Sustentable. Es autora de capítulos de libro y artículos en revistas indexadas.

Cecilia Colunga-Rodríguez

Doctora y Maestra en Ciencias de la Salud Pública y Licenciada en Psicología por la Universidad de Guadalajara. Se encuentra adscrita al Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco, México. Es profesora investigadora en el Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel II, miembro de la Junta Académica de la Maestría en Ciencias de la Salud en el Trabajo, asesora académica y miembro del Colegio de Profesionales de la Psicología del estado de Jalisco. Es autora de diversos artículos de investigación en revistas indexadas y autora de libros y capítulo de libro.

Claudia Beatriz Enríquez Hernández

Doctora en Ciencias de la Salud en el Trabajo por la Universidad de Guadalajara, Maestra en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León y Licenciada en Enfermería por la Universidad Veracruzana. Es académica Titular “C” en la Universidad Veracruzana. Es responsable del Cuerpo Académico “Desarrollo Humano–Veracruz” UV-CA- 275 y responsable de la línea individual de investigación en salud mental y emocional. Es fundadora de la Asociación Mexicana de Investigadores para el desarrollo humano sustentable y de la Asociación Latinoamericana de Doctores en Ciencias de la Salud en el Trabajo.

Claudia Liliana Vázquez-Juárez

Doctora en Psicología, Maestra y Licenciada en Educación por la Universidad de Guadalajara. Es profesora investigadora del Centro Universitario de Tonalá (CUTonalá) en la Universidad de Guadalajara. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel I, miembro del Sistema Mexicano de Investigación en Psicología (SMIP) y miembro de la Red de Investigadores para el Desarrollo Humano Sustentable. Colabora en el cuerpo académico “Procesos educativos, salud y trabajo”. Es conferencista y autora de diversos capítulos y artículos científicos en revistas indexadas, en distintos idiomas.

Daniela María Velásquez Cabrera

Psicóloga por la Universidad del Magdalena, Santa Marta, Colombia. Actualmente, es estudiante de la Maestría en Investigación Clínica de la Universidad de Guanajuato, becaria Conacyt. Con experiencia en trabajo con adultos mayores y acompañamiento docente.

Diana Mercedes Hernández Corona

Doctora y Maestra en Farmacología y Licenciada en Nutrición por la Universidad de Guadalajara. Es educadora en diabetes en el Tecnológico de Monterrey. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Cuenta con perfil deseable PRODEP. Ha sido Coordinadora de Investigación y Posgrado en el Centro Universitario de Tonalá de la Universidad de Guadalajara. Actualmente es coordinadora del Doctorado de Investigación Multidisciplinaria en Salud y Profesora Investigadora del Departamento de Ciencias Biomédicas de CUTonalá.

Enrique Ortiz Aceves

Doctor en Derechos Humanos por el Centro Universitario de Tonalá de la Universidad de Guadalajara, Maestro en Marketing y Licenciado en Psicología por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO), Universidad Jesuita de Guadalajara. Es profesor titular del ITESO, especialista en el comportamiento humano.

Felipe Espinosa Chavéz

Doctor en Investigación Educativa, Maestro en Ciencias de la Educación por el Instituto Superior de Investigación y Docencia para el Magisterio, Licenciado en Educación Media en el Área de Ciencias Sociales por la Escuela Normal Superior de Jalisco y Profesor normalista de Educación Primaria por la Benemérita y Centenaria Escuela Normal Superior de Jalisco. Fue director de la Escuela Normal Superior de Especialidades y, actualmente, es director de Educación Normal en el Estado de Jalisco.

Gabriel Dávalos Picazo

Doctor en Psicología por la Universidad Pontificia Comillas, Experto en Mediación, Máster en Educación, Máster en Terapia Familiar y de Pareja, Máster en Orientación Familiar, Licenciado en Psicología y Licenciado en Filosofía. Es profesor adjunto en la Universidad San Pablo CEU, Madrid, España. Ha sido coordinador de la Unidad de Orientación a la Familia de la Comunidad de Madrid.

José Luis Razo Guevara

Maestro en Educación Tecnológica por la Universidad Virtual de Estudios Superiores (UNIVES), Maestro en Ciencias de la Salud en el Trabajo y Médico Cirujano y Partero por la Universidad de Guadalajara. Es catedrático en la Escuela Normal Superior de Jalisco (ENSJ), Secretaría de Educación Jalisco, en las especialidades de Biología y Química. Es investigador con trabajos en las líneas de tutoría en educación superior, salud, salud en el trabajo y educación.

José María de la Roca Chiapas

Doctor en Ciencias Médicas por la Universidad de Guanajuato. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel II. Es profesor de tiempo completo en la Universidad de Guanajuato. Cuenta con 95 publicaciones, 30 de ellas en revistas con factor de impacto y ha participado en 20 capítulos de libro.

Julio César Vázquez-Colunga

Doctor en Psicología, Maestro en Educación y Licenciado en Derecho por la Universidad de Guadalajara. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel I. Es docente en la Maestría en Ciencias de la Salud en el Trabajo y profesor-Investigador en el Centro Universitario de Tonalá de la Universidad de Guadalajara. Es miembro de la Asociación Internacional de Psicología Positiva (IPPA) y del Instituto Internacional de Investigación Social, Ambiental y de Salud Ocupacional (IISASO). Es miembro del Programa de Investigación en Salud Ocupacional (PIENSO), del Sistema Mexicano de Investigación en Psicología (SMIP) y de la Red de Investigadores para el Desarrollo Humano Sustentable.

Luis Edmundo Sarabia López

Doctor en Psicología por la Universidad de Guadalajara; Maestro en Prevención de Riesgos Laborales y Licenciado en Psicología Industrial por la Universidad Central del Ecuador. Es docente en la Universidad Central del Ecuador.

Marcela Janette Colunga González

Maestra en Ciencias de la Salud en el Trabajo por la Universidad de Guadalajara y Licenciada en Psicología por el Instituto Vocacional Enrique Díaz de León. Es miembro del Grupo de Investigación Episteme y de la Red de Cuerpos Académicos e Investigadores para el Desarrollo Humano Sustentable.

María del Carmen López Zermeño

Doctora y Maestra en Ciencias de la Salud Pública y Médica Cirujana y Partera por la Universidad de Guadalajara. Es profesora investigadora Titular C de tiempo completo, adscrita al Departamento de Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.

María de Lourdes Preciado Serrano

Doctora en Ciencias de la Salud en el Trabajo por la Universidad de Guadalajara. Es docente e investigadora en la Universidad de Guadalajara, en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud, adscrita al Departamento de Salud Pública. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores; presidenta honoraria de la Asociación Internacional de Doctores y Ciencias de la Salud en el Trabajo; integrante del Colegio de Profesionales de la Psicología del Estado de Jalisco, integrante de la Asociación de Investigadores para el Desarrollo Humano Sustentable, miembro del Cuerpo Académico “Procesos Educativos, Salud y Trabajo”.

María Luisa Avalos Latorre

Doctora en Psicología, Maestra en Ciencias del Comportamiento opción Análisis de la Conducta y Licenciada en Psicología. Es profesora investigadora de tiempo completo en el Centro Universitario de Tonalá de la Universidad de Guadalajara. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores y cuenta con perfil PRODEP. Es coordinadora de la Red de Cuerpos Académicos “Educación, Salud y Sociedad Sustentable” y (co)coordinadora de la Red Nacional de Procesos Psicosociales, Clínica y Salud del Sistema Mexicano de Investigadores en Psicología. Sus principales líneas de investigación son: factores psicosociales, estilos de vida y procesos educativos.

María Úrsula Palos Toscano

Doctora en Psicología, Maestra en Psicología Clínica con orientación psicoanalítica y Licenciada en Psicología por la Universidad de Guadalajara. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel I. Es psicóloga en el nivel de educación especial y profesora interina en el programa de la Maestría de Educación Preescolar de la Benemérita y Centenaria Escuela Normal del Estado, en San Luis Potosí. Es catedrática de la Escuela Normal Superior de Especialidades.

Mario Ángel-González

Doctor en Psicología por la Universidad de Guadalajara, Maestro en Ciencias de la Educación por el Instituto Superior de Investigación y Docencia para el Magisterio y Licenciado en Educación con especialidad en Psicología educativa. Es profesor investigador en el Departamento de Salud Enfermedad como Proceso Individual de la Universidad de Guadalajara. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel I. Es miembro de la Junta Académica de la Maestría en Ciencias de la Salud en el Trabajo y del Doctorado en Derechos Humanos, asesor académico y responsable del Cuerpo Académico UDG-CA-958 “Procesos Educativos, Salud y Trabajo”. Es presidente de la Red de Cuerpos Académicos e Investigadores para el Desarrollo Humano Sustentable.

Martha Alicia Hernández González

Doctora en Ciencias Médicas por la Universidad de Guanajuato y Maestra en Ciencias Médicas por la Universidad Nacional Autónoma de México. Es investigadora asociada D, profesora de carrera en fase referencial. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel I. Cuenta con 85 publicaciones, 30 de ellas en revistas con factor de impacto, 10 capítulos de libro, tres en idioma inglés. Es Jefa de División de Investigación en Salud de la Unidad Médica de Alta Especialidad HE 1 CMN Bajío, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Mercedes Gabriela Orozco Solís

Doctora en Psicología, Maestra en Ciencias de la Salud en el Trabajo y Licenciada en Psicología por la Universidad de Guadalajara. Es profesora investigadora con perfil de-seable PRODEP del Centro Universitario de Ciencias de la Salud en la Universidad de Guadalajara. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Su línea de investigación se enfoca en indicadores relacionados con el bienestar en familia, escuela, trabajo y comunidad.

Minerva Catalina Aguilar Olivares

Maestra en Ciencias de la Salud en el Trabajo y Licenciada en Mercadotecnia por la Universidad de Guadalajara. Actualmente, es estudiante del Doctorado en Derechos Humanos y es miembro de la Red de Cuerpos Académicos e Investigadores para el Desarrollo Humano Sustentable.

Norma Lidia Díaz García

Doctora en Psicología por la Universidad de Guadalajara, Maestra en Ciencias de la Educación por el Instituto Superior de Investigación y Docencia del Magisterio y Licenciada en Educación Secundaria por la Escuela Normal Superior de Jalisco. Es docente e investigadora con perfil PRODEP y coordinadora de investigación de la Escuela Normal Superior de Jalisco. Es miembro del equipo Nacional de Diseño Curricular de la Licenciatura en Enseñanza y Aprendizaje de la Historia en Educación Secundaria y del equipo nacional de Pares Académicos Evaluadores de la Estrategia de Desarrollo Institucional de la Escuela Normal (EDINEN) de la Dirección General de Educación Superior para el Magisterio (DGESUM).

Patricia Elizabeth Silva Colunga

Maestra en Ciencias de la Salud en el Trabajo y Licenciada en Mercadotecnia por la Universidad de Guadalajara. Actualmente, es estudiante en el Doctorado en Derechos Humanos. Es miembro de la Red de Cuerpos Académicos e Investigadores para el Desarrollo Humano Sustentable.

Ramón Castellanos Ángeles

Maestro en Ciencias del Salud en el Trabajo por la Universidad de Guadalajara y Licenciado en Cultura Física y Deportes. Actualmente, es estudiante en el Doctorado en Derechos Humanos del Centro Universitario de Tonalá de la Universidad de Guadalajara. Es profesor de educación física, entrenador deportivo en el Colegio Salesiano Anáhuac Chapalita y entrenador de animación deportiva. Es miembro del Grupo de investigación EPISTEME, miembro de la Red de Cuerpos Académicos e Investigadores para el Desarrollo Humano Sustentable. Es autor de capítulos de libro y coautor en artículo de revista indexada en JCR.

Sergio Iván Vázquez Colunga

Maestro en Comunicación Estratégica por la Universidad Panamericana, Máster en Dirección de Marketing y Ventas por la Universitat de Barcelona y Licenciado en Comunicación. Actualmente, es estudiante en el Doctorado en Derechos Humanos de la Universidad de Guadalajara.

Teresa Magnolia Preciado Rodríguez

Doctora en Derecho Electoral por el Instituto Prisciliano Sánchez del Tribunal Electoral del Estado de Jalisco. Es profesora de tiempo completo de la Universidad de Guadalajara (UdeG), responsable del Cuerpo Académico UdeG-CA-794. Es coordinadora del Doctorado en Derechos Humanos del Centro Universitario de Tonalá de la UdeG. Cuenta con artículos en diversas revistas especializadas y capítulos de libros colectivos.

Teresita Esmeralda Mora González

Maestra en Educación Tecnológica por la Universidad Virtual (UNIVES), Licenciada en Administración por la Universidad de Guadalajara y Licenciada en Educación Secundaria en la especialidad de inglés por la Escuela Normal Superior de Jalisco (ENSJ). Es subdirectora administrativa y maestra catedrática en la ENSJ, con perfil PRODEP. Sus principales líneas de investigación son: áreas de tutoría en educación superior, procesos de gestión y análisis de la práctica en educación básica.

Investigaciones y experiencias
sobre salud mental poblacional
en la época pos-COVID

Esta obra se terminó de producir en diciembre de 2022.
Su edición y diseño estuvieron a cargo de:

Qartuppi[®]

Qartuppi, S de RL de CV
<https://qartuppi.com>



Esta obra se edita bajo una Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

Este libro pretende abordar la salud mental de distintas poblaciones en el proceso de la COVID-19, desde un posicionamiento preventivo y de promoción de salud, teniendo en cuenta la importante función social del sanitarista. Tradicionalmente, la salud mental se ha reducido a identificar y tratar enfermedades y trastornos mentales, privilegiando el enfoque clínico farmacológico, con escaso abordaje social y salutogénico, dejando de lado la prevención, la educación y la promoción de la salud mental en todas las etapas de la vida; por ello, desde la postura social de la salud pública, se identifica una óptica preventiva, integral, holística y transdisciplinaria.

ISBN 978-607-8694-37-2
DOI 10.29410/QTP.22.11

Qartuppi®

