

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp.34-50

SALUD MENTAL Y GÉNERO EN EL PERSONAL SANITARIO DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN LATINOAMÉRICA

Mental health and gender in healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Latin America

Maribel Goncalves de Freitas¹

<https://orcid.org/0000-0002-8522-5801>

Rodrigo Ezequiel Jaldo²

<https://orcid.org/0000-0002-8518-3867>

Luis Giménez³

<https://orcid.org/0000-0002-1600-7843>

Dinarte Ballester⁴

<https://orcid.org/0000-0002-7660-0112>

Sebastián Gadea⁵

<https://orcid.org/0000-0001-7932-0653>

Andrea Garcés León⁶

<https://orcid.org/0000-0003-0026-1203>

Tesania Velázquez⁷

<https://orcid.org/0000-0002-7256-8629>

Álvaro Moreno Montes de Oca⁸

<https://orcid.org/0000-0001-5705-9722>

Rubén Alvarado⁹

<https://orcid.org/0000-0002-8091-0324>

¹Psicóloga. Magíster en Psicología Social. Doctora en Psicología. Profesora Auxiliar del Departamento de Psicología, Directora de la Maestría en Psicología Comunitaria, Pontificia Universidad Católica del Perú. E-mail: mgoncalvesd@pucp.edu.pe

²Licenciado en Psicología. Profesor Asistente en la Unidad Académica Salud Social y comunitaria, Universidad del Chubut, Argentina. E-mail: rejaldo@udc.edu.ar

³Psicólogo, Especialista en la Problemática del Uso Indebido de Drogas. Doctorando en Estudios Sociales en América Latina, Profesor Titular del Instituto Psicología de la Salud, Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay. E-mail: luisg@psico.edu.uy

⁴Médico Psiquiatra. Magíster en Educación y Clínica Médica. Doctor en Psiquiatría. Profesor Adjunto del Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad Federal de Pelotas, Brasil. E-mail: dapballester@ufpel.edu.br

⁵Licenciado en Estadísticas, Asistente Unidad de Investigación, Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Uruguay. E-mail: sgadea@fenf.edu.uy

⁶Psicóloga. Estudiante de Maestría en Psicología Comunitaria, Pontificia Universidad Católica del Perú. E-mail: a.garces@pucp.edu.pe

⁷Psicóloga Comunitaria. Magíster en Evaluación Clínica y Forense. Doctora en Psicología. Profesora Asociada del Departamento de Psicología y de la Maestría en Psicología Comunitaria, Pontificia Universidad Católica del Perú. E-mail: tvelazq@pucp.edu.pe

⁸Lic. en Psicología UdelaR. Magíster en Psicología Clínica UdelaR. Doctor en Odontología, Esp. en Cirugía Buco-Maxilo-Facial, Esp. en Injertos Óseos. Investigador MEC reg. 17939735. E-mail: alvaro.moreno@psico.edu.uy

⁹Médico Psiquiatra. Magíster en Salud Pública. PhD en Psiquiatría y Cuidados Comunitarios. Profesor Titular del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Chile. Programa de Salud Mental, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. E-mail: ruben.alvarado@uv.cl

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp.34-50

DOI: <https://doi.org/10.53689/int.v13i1.167>

Recibido: 30 de mayo 2023

Aceptado: 10 de julio 2023

Resumen

La emergencia sanitaria producto de la pandemia COVID-19 generó afectaciones en la salud mental de la población en general y en especial en el personal sanitario. Este estudio se basa en una encuesta realizada a personal sanitario en cinco países (Argentina, Brasil, Chile, Perú y Uruguay). La muestra fue de 9.820 participantes, con 79,6% de mujeres. Se construyeron modelos de regresión logística múltiple para hombres y mujeres en cada país, identificando los factores que estaban asociados al deterioro de su salud mental. Las mujeres reportaron un mayor deterioro de su salud mental y un perfil diferente de factores asociados a esto. Estos hallazgos se relacionan con los roles tradicionales según género, donde las mujeres tienen un mayor peso en el cuidado de los otros y valoran los aspectos relacionales por encima de los personales, a diferencia de los hombres quienes otorgan más importancia al ámbito público y al cuidado propio. Se resalta la importancia de incluir el enfoque de género en el diseño de políticas para el personal de salud, especialmente en el cuidado de su salud mental.

Palabras clave: Salud Mental, Personal Sanitario, Pandemia, Género.

Abstract

The health emergency caused by COVID-19 pandemic affected the mental health of the population in general and especially health personnel. This study is based on a survey of health personnel in five countries (Argentina, Brazil, Chile, Peru and Uruguay). The sample consisted of 9,820 participants, with 79.6% women. Multiple logistic regression models were built for men and women in each country, identifying the factors that were associated with the deterioration of their mental health. Women reported a greater deterioration in their mental health and a different profile of factors associated with this. These findings are related to traditional gender roles, where women have a greater weight in caring for others and value relational aspects over personal ones, unlike men who give more importance to the public sphere and self-care. The importance of including the gender approach in the design of policies for health personnel, especially in the care of their mental health, is highlighted.

Keywords: Mental Health, Health personnel, Pandemic, Gender

Cómo citar

Goncalves, M., Jaldo, R., Giménez, L., Ballester, D., Gadea, S., Garcés, A., Velázquez, T., Moreno, A. y Alvarado, R. (2023). Salud mental y género en el personal sanitario durante la pandemia COVID-19 en Latinoamérica. *Intervención*, 13(1), 34-50.

1. Introducción

La pandemia por COVID-19 generó una emergencia sanitaria declarada por la Organización Mundial de la Salud en enero del 2020 (Velavan & Meyer, 2020). En Latinoamérica, se observó un gran impacto en la población, evidenciada en los países en los que se realizó el estudio. Así, al 2022 en Uruguay hubo una tasa de 287.211 casos por cada millón de habitantes; en Argentina, 219.651 casos por cada millón de habitantes; en Perú, 111.478 casos por cada millón de habitantes; en Brasil, 167.541 casos por cada millón de habitantes; y en Chile, 270.410 casos por cada millón de habitantes (Scriby Inc., 2022).

Ello requirió que los países tomaran medidas drásticas de confinamiento y distanciamiento social lo cual produjo cambios en la cotidianidad de las personas y afectaciones en la salud mental de la población (Palomera-Chávez et al., 2021). Adicional a estos cambios, el personal sanitario ha sido uno de los más

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp.34-50

demandados, en primera línea, más aún en países donde el sistema de salud colapsó, lo que generó estrés, ansiedad y depresión (Alvarado et al., 2021; Dantas, 2020; Huarcaya, 2020; Juárez, 2020; Muñoz-Fernández, Molina-Valdespino, Ochoa-Palacios, Sánchez-Guerrero y Esquivel-Acevedo, 2020; Muzyamba, Makova & Mushib, 2021; Organización Mundial de la Salud, 2021; Özdin & Bayrak, 2020; Shah, Mohammad, Qureshi, Abbas, & Aleem, 2021; Urbiña-Villarraga et al., 2021; Wang, Di, Ye & Wei, 2019).

Una investigación realizada en China al inicio de la pandemia (Liu et al., 2021), encontró mayor presencia de síntomas de depresión, ansiedad, estrés e insomnio en las trabajadoras de la salud mujeres, con valores en las escalas significativamente más altos, incluso luego de ajustar los posibles factores de confusión. Los autores concluyen que, en el contexto de la pandemia, las trabajadoras de la salud son más vulnerables a todos los problemas de salud mental indagados, subrayando la necesidad de atención y apoyo oportunos en general, y especialmente para las mujeres.

El estudio multinacional The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES) congregó a 11 países latinoamericanos con el objetivo de evaluar el impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de las y los trabajadores de la salud (Mascayano et al., 2022; Organización Panamericana de la Salud, 2022). Entre los resultados, llama la atención que entre el 14,7% y 22,0% del personal de salud presenta síntomas de un episodio depresivo y un porcentaje importante de casos con ideación suicida (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

La afectación en la salud mental del personal de salud debe ser analizada desde el enfoque de género, que toma en cuenta las características sociales, psicológicas, culturales e históricas que se le asignan a mujeres y hombres en una sociedad determinada, características que diseñan y delinean comportamientos y formas de relación entre mujeres y hombres. Es decir, como plantea Ruiz (2020), el género es una construcción cultural, expresada a través de roles, espacios y atributos. Los roles están vinculados a la división sexual del trabajo en la que a las mujeres se las responsabiliza, principalmente, de las tareas domésticas y de cuidado. Respecto de los espacios, se destina lo público para los hombres y lo privado para las mujeres. Finalmente, los atributos, corresponden a la visión estereotipada de las características del comportamiento y capacidades de acuerdo con el género, donde lo masculino es entendido como actividad y lo femenino comprendido como pasividad. Estos roles, espacios y especialmente los atributos, definen las identidades, pero adquieren matices de acuerdo con cada cultura en la que se socializan las personas.

Por su parte, Scott (2008) plantea que, "el género es una forma primaria de las relaciones simbólicas de poder" (p. 65). Es decir, el género construye relaciones de poder que organizan y jerarquizan las sociedades donde lo femenino es concebido como inferior. Además, para sostener este orden se hace uso de diferentes mecanismos de dominación, control y violencia. Estos mecanismos han permitido, a lo largo de los años, que se incorpore este sistema entre las personas, de forma que mujeres y hombres asumen los mandatos de género para sus propias vidas y sus formas de relacionarse con los demás. Así se refuerza la inequidad y se legitima el lugar subordinado de lo femenino en nuestras sociedades.

Así, el enfoque de género nos ofrece la capacidad analítica de comprender la inequidad en las relaciones entre hombres y mujeres, identificar las razones que la producen y proponer alternativas para enfrentarla (Scott, 2008). Incorporar este enfoque es central y más aún en situaciones de crisis o emergencias como la emergencia sanitaria por COVID-19, donde se acentúa la inequidad entre hombres y mujeres, así como la violencia contra las mujeres (Jaramillo y Ñopo, 2020).

La OEA-Comisión Interamericana de Mujeres (2020), sostiene que las medidas tomadas por los diferentes estados -como el confinamiento-, exacerbaban en las mujeres la crisis del cuidado, las cuales tienen doble o triple jornada laboral. Son las mujeres las principales responsables del cuidado de hijas e hijos, personas con enfermedades crónicas y adultos mayores, representando para ellas una exigencia extrema (Sandoval

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp.34-50

y Delgado, 2020). En la misma línea, Batthyány y Sánchez (2020) señalan que la sobrecarga de trabajo de las mujeres por tareas de cuidado no remuneradas reproduce la inequidad de género.

Cáceres, Amaya y Rivero (2019), previo a la pandemia, señalaban que en el sector salud existen claras inequidades entre hombres y mujeres relativas a las condiciones salariales, las asignaciones de responsabilidades o cargos de poder y el reconocimiento de las y los pacientes. Dicho estudio permite entender la importancia de asumir el enfoque de género para entender las relaciones de poder en el ámbito laboral y las afectaciones de la salud mental observadas durante la pandemia en el personal de salud, de manera diferencial.

En esta línea, los estudios realizados en algunos países de la región dan cuenta de que existe una diferencia en los impactos de la pandemia para mujeres y hombres del personal de salud. Un estudio sobre malestar psicológico en profesionales de la salud mostró que las tasas más altas de malestar estaban en personas del género femenino (Costa, 2021). En este sentido, en Argentina se observó mayor consumo de sedantes en las mujeres (Red Argentina de Salud Integral y Cuidados, 2021), en Chile mayor ideación suicida (Alvarado et al., 2021) y en México, mayor índice de insomnio (Robles et al., 2021). En todos estos estudios las mujeres manifiestan más síntomas depresivos que los hombres. Y aunque esto es un hallazgo frecuente en los estudios epidemiológicos sobre depresión, se han hecho pocos estudios que lo analicen desde un enfoque de género (Özdin & Bayrak, 2020; Sediri et al., 2020; Ștefănuț, Vintilă, Bucur & Blaboli, 2021).

De esta manera, en un contexto tan complejo como ha sido la pandemia por COVID-19 es indispensable producir conocimientos que permita, no sólo entender las afectaciones de la salud mental en el personal sanitario, sino también aportar recomendaciones para la toma de decisiones y el establecimiento de políticas públicas que atiendan estos problemas con enfoque de género, avanzando así en superar inequidades históricas entre hombres y mujeres. En particular, cabe recordar que en la región el 70% del personal sanitario son mujeres, quienes hacen el triple de trabajo de cuidado no remunerado comparativamente que los hombres (ONU Mujeres, 2020).

Por todo lo anterior, este estudio se centra en esta dimensión poco estudiada sobre las diferencias de género entre trabajadoras y trabajadores de salud respecto de su salud mental durante la pandemia por COVID-19. Nuestro propósito es contribuir a visualizar las necesidades particulares de mujeres y hombres en su labor en el sector salud, para que esto sirva en el desarrollo de políticas públicas destinadas al cuidado del personal de salud con enfoque de género. Para dar una perspectiva más amplia, nos hemos reunido investigadores de cinco países de América del Sur (Argentina, Brasil, Chile, Perú y Uruguay), que hemos participado en el estudio HEROES.

2. Metodología

Aunque este estudio se planificó como una cohorte, para este reporte nosotros nos basamos en un análisis cuantitativo de las respuestas a las encuestas de la línea basal del estudio multinacional The COVID-19 HHealth caRe wOrkErs Study (HEROES) (Mascayano et al., 2022). Por lo tanto, este análisis corresponde al de un estudio transversal.

El relevamiento se realizó, en Argentina, entre junio y septiembre del 2020. Incluyó trabajadoras/es de todo el país mediante el uso de correos electrónicos, redes sociales y mensajes de WhatsApp a contactos personales y referentes de cada área. En el caso de Brasil, se realizó entre junio y diciembre del 2020, a través de invitaciones a trabajadoras/es de servicios de salud de todos los niveles de atención, con una muestra intencional que incluyó trabajadoras/es de algunos estados del Noreste, Sureste y Sur del país. En Chile, se aplicó entre mayo y agosto del 2020, en dos etapas (primero a través de invitaciones dirigidas a trabajadoras/es de establecimientos que habían aceptado participar, y en una segunda etapa se realizó una invitación abierta), cubriendo la totalidad de las regiones del país. En Perú, se realizó entre julio y

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp.34-50

octubre de 2020, por una invitación abierta a participar a través de los correos institucionales del Ministerio de Salud (MINSA), así como en las redes sociales (Facebook, Twitter, WhatsApp), del MINSA y EsSalud e incluyó trabajadoras/es de todo el país. Finalmente, en Uruguay se aplicó entre marzo y abril de 2021, a través de invitaciones por email a una amplia base del Ministerio de Salud e incluyó trabajadoras/es de todo el país.

Todo el estudio utilizó una plataforma digital albergada en la Universidad de Chile, que tiene una funcionalidad de manejo y protección de datos similar a REDCap, y que cuenta con tecnología de encriptación de datos de estándar internacional. Como se ha señalado en reportes previos (Palomera-Chávez et al., 2021), la seguridad de los datos fue garantizada a través de: ingresos restringidos al sistema sólo para el personal con credenciales de acceso asignadas por el administrador; datos respaldados diariamente en servidores virtuales que garantizan la seguridad, integridad y disponibilidad de la información; y, trazabilidad de cualquier modificación de la base de datos. Todas las secciones de la encuesta siguieron un formato digital que cuenta con saltos lógicos y rangos predeterminados (compatible con smartphone, Tablet y PC), lo que garantiza una buena calidad de los datos, impide la introducción de valores fuera de rango y reduce los errores de digitación.

Se obtuvieron las siguientes muestras de los 5 países: Argentina con 899 participantes (79,9% son mujeres), Brasil con 2.840 participantes (82,9% son mujeres), Chile con 2.007 participantes (72,8% son mujeres), Perú con 2.070 participantes (78,7% son mujeres) y Uruguay con 2.004 participantes (82,3% son mujeres). En total, la muestra de este estudio reúne a 9.820 participantes, siendo mujeres un 79,6% del total.

El cuestionario contiene diversos ítems sobre aspectos individuales, laborales, familiares y sociales relacionados con las condiciones de vida, de trabajo y de experiencias durante la pandemia por COVID-19 (Mascayano et al., 2022; Palomera-Chávez et al., 2021). Para este análisis se utilizaron dos de los instrumentos estandarizados del estudio HEROES y que han demostrado ser buenos indicadores de la situación de salud mental de quien los responde: el Cuestionario de Salud General (GHQ-12, por su sigla en inglés) para evaluar el Malestar Psicológico (Goldberg y Williams, 1996) y el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001) para valorar posibles cuadros depresivos. En la Tabla 1 se presenta un análisis descriptivo de cada una de las variables que fueron utilizadas en este análisis, para cada uno de los países.

Para el análisis se estimó un solo resultado como indicador de problema de salud mental, a través del uso combinado del GHQ-12 y PHQ-9. Utilizando los puntos de corte validados en cada país, se definieron los casos para cada uno de estos dos instrumentos, y se consideró como caso positivo cuando la o el participante obtenía un puntaje superior al punto de corte en al menos uno de estos dos cuestionarios. En el caso de Perú se utilizó sólo el GHQ-12 para la definición de caso positivo, porque así había sido definido en su protocolo inicial aprobado por el Comité de Ética correspondiente. Los puntos de corte utilizados para el cuestionario GHQ-12 son los siguientes: Brasil >5; Argentina, Chile y Perú >4; Uruguay >2. Los puntos de corte para el cuestionario PHQ-9 son: >8 en Argentina; >10 en Chile y Uruguay; y >9 en Brasil (Araya, Wynn & Lewis, 1992; Burrone et al., 2015; Gouveia, Barbosa, Oliveira & Carneiro, 2010; MINSA Perú, 2020; Santos et al., 2013; Urtasun et al., 2019).

Las posibles variables que pudieran estar asociadas con este resultado en salud mental, se dicotomizaron, tal como se describe en la Tabla 1. Para hacer un análisis de género con enfoque cuantitativo, se construyeron modelos de regresión logística múltiple en forma separada para hombres y mujeres, en cada uno de los países (Tabla 2), estrategia que fue descrita hace más de dos décadas atrás (Alvarado, 1997). En cada caso, se buscó obtener un modelo parsimonioso, compuesto por el menor número de variables que al mismo tiempo ajusten bien a los datos empíricos. De esta forma, se procedió a un análisis comparado para mujeres y hombres, dentro de cada país.

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp.34-50

Los resultados finales de los modelos de regresión logística se expresaron mediante los *Odd Ratios (OR)* y su intervalo de confianza al 95%.

El estudio fue aprobado por Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos de cada uno de los 5 países; así como por el Ethics Review Committee de la Organización Panamericana de la Salud, que evaluó en forma independiente los protocolos de Argentina, Brasil, Chile y Perú. Los participantes aprobaron un consentimiento informado antes de iniciar la encuesta.

3. Resultados

En la Tabla 1 se presentan los resultados en todas las variables, desagregado para trabajadoras y trabajadores, y para cada uno de los países. Respecto de la variable de resultado, se observa que la prevalencia de afectaciones a la salud mental entre las mujeres fluctuó entre 42,8% (Perú) y 67% (Chile), y entre los hombres estuvo entre 35,6% (Perú) y 52,7% (Chile). En todos los países, la prevalencia fue significativamente más elevada entre las mujeres respecto de los hombres.

Tabla 1

Distribución de frecuencia y comparación de las diferentes variables estudiadas en la muestra de trabajadoras y trabajadores sanitarios, en los 5 países.

Variables	Argentina		Brasil		Chile		Perú		Uruguay	
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
Tamaño total de la muestra	899		2840		2007		2070		2004	
% del total de la muestra	79,9	20,1	82,9	17,1	72,8	27,2	78,7	21,3	82,3	17,7
% casos GHQ-12 y/o PHQ-9	45,9*	36,9	61,1*	48,6	67,0*	52,7	42,8*	35,6	59,1*	44,1
% que vive con alguien que requiere cuidados (menor, adulto mayor y/o con discapacidad)	58,8*	44,9	66,9*	60,4	60,3*	55,0	72,4	69,8	56,1*	46,8
% que ha cambiado de equipo y/o de funciones durante la pandemia	31,8*	23,5	26,2*	31,3	67,2*	61,3	54,4*	47,6	23,6	22,7
% que ha trabajado más de 5 días en la semana previa	37,2	40,8	17,9	20,2	23,0*	29,0	33,2	40,4*	41,2	37,2
% que estuvo con pacientes COVID-9 o sospechoso de esto	76,1	81,6	82,7	87,6*	71,7	80,0*	94,4	94,1	75,8	82,8*
% que considera insuficientes las EPPs para evitar el contagio	9,0	8,4	13,2	10,7	11,0*	6,9	70,0	69,2	30,6	29,9
% que le preocupaba mucho o muchísimo contagiarse de COVID	41,1	40,2	43,1*	37,0	73,6*	64,3	66,5	66,4	51,5*	40,2

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp.34-50

% que le preocupaba mucho o muchísimo contagiar a sus seres queridos	79,2	76,0	94,0*	89,8	93,1*	90,5	97,1*	94,8	82,2*	70,2
% que tuvo un ser querido que falleció por COVID	9,7	14,4	26,3	21,6	3,3	3,7	18,1	20,0	2,7	4,1
% que se sintió estigmatizado y/o discriminado como trabajador sanitario por razones relacionadas con COVID	32,7*	25,1	57,8*	49,0	43,2*	30,8	63,4	58,7	41,2*	29,8
% que sufrió violencia por ser trabajador sanitario durante la pandemia	13,7	15,1	14,6	16,7	16,2	14,7	33,6	34,9	16,7	16,2
% que confía poco en las capacidades de su gobierno para enfrentar la pandemia	70,0	69,8	87,6*	82,9	88,2	86,6	83,4	86,6	68,7	64,3
% que confía poco en las capacidades de su lugar de trabajo para enfrentar la pandemia	58,8	56,3	57,0*	47,6	49,2	44,4	68,6	64,4	68,0	62,0
% que no cuenta con una red fiable de compañeros de trabajo	16,2	15,1	21,5	20,3	19,3	15,7	28,4	24,3	17,6	15,4
% que no cuenta con seres queridos que lo apoyan cuando lo necesita	4,2	7,3	8,1	9,3	6,8	4,7	7,2	6,1	6,6	4,0
% que tenía una enfermedad física crónica al inicio de la pandemia	16,6	19,6	21,8	18,8	29,7	27,9	12,0	13,2	22,6	23,2
% que tenía algún diagnóstico de salud mental al inicio de la pandemia	5,5	3,4	19,4	16,9	21,4*	16,7	4,9	5,9	11,4	9,2

M: Mujeres H: Hombres

* p < 0,05 para la diferencia entre ambos sexos, dentro de ese país.

Autoría propia

Se aprecia que, en los cinco países, un porcentaje mayor de las mujeres vive con alguien que requiere cuidados (en comparación con los hombres), y en 4 de los 5 países esta diferencia es estadísticamente significativa.

Haber cambiado de funciones durante la pandemia fue significativamente más frecuente entre las trabajadoras de Argentina, Chile, Perú y Uruguay, respecto de los hombres. Sólo en Brasil esta situación fue al revés. Por otra parte, sólo en dos países (Chile y Perú) un porcentaje significativamente mayor de los hombres refieren haber trabajado más de 5 días en la semana previa.

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp.34-50

Un porcentaje significativamente mayor entre los hombres de Brasil, Chile y Uruguay refieren haber estado con pacientes con sospecha o diagnóstico de COVID-19. Pero, en 3 de los 5 países (Brasil, Chile y Uruguay) un porcentaje mayor de las mujeres - respecto de los hombres - le preocupa mucho o muchísimo contagiarse de COVID-19; y, en 4 de los 5 países (Brasil, Chile, Perú y Uruguay) a un porcentaje mayor de ellas les preocupa mucho o muchísimo contagiar a sus seres queridos.

No hubo diferencias significativas entre mujeres y hombres respecto del porcentaje que tuvo un ser querido que falleció por COVID-19. Esta cifra fue baja en Chile y Uruguay, y bastante más alta en Perú y Brasil.

En todos los países, las trabajadoras refirieron con más frecuencia que los trabajadores haberse sentido estigmatizadas y/o discriminadas por razones relacionadas con COVID-19 (diferencia estadísticamente significativa en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay). Pero, no hubo diferencias significativas respecto de haber sufrido violencia por ser trabajadora/or sanitaria/o durante la pandemia.

En todos los países hubo un alto porcentaje de trabajadoras y trabajadores que señalaron confiar poco en las capacidades de su gobierno para enfrentar la pandemia, sin diferencias significativas entre ellos (excepto en Brasil). Una situación similar se observa en el porcentaje de trabajadoras y trabajadores que confían poco en las capacidades de su lugar de trabajo para enfrentar esta pandemia.

Respecto de contar con una red fiable de compañeros de trabajo, así como el apoyo por parte de seres queridos, el resultado fue similar entre trabajadoras y trabajadores dentro de cada país, sin diferencias estadísticamente significativas por sexo.

Tampoco se encontraron diferencias significativas entre mujeres y hombres dentro de cada país, respecto del antecedente de tener una enfermedad física crónica o un diagnóstico de salud mental (excepto en Chile, donde el antecedente de un diagnóstico de salud mental fue más frecuente entre mujeres respecto de los hombres).

En la Tabla 2 se presentan los resultados del análisis de regresión logística múltiple para ser un caso GHQ-12 y/o PHQ-9, diferenciado para mujeres y hombres, en cada país. Se muestran los resultados expresados en odds ratio (OR) y sus intervalos de confianza al 95%, sólo para aquellas variables que resultaron significativas y fueron incluidas en el modelo parsimonioso.

Tabla 2

Comparación de los Odd Ratios de las variables asociadas a ser caso GHQ-12 y/o PHQ-9 en el análisis de regresión logística múltiple, en la muestra de trabajadoras y trabajadores sanitarios, en los 5 países.

Variables	Argentina		Brasil		Chile		Perú		Uruguay	
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
Vivir con alguien que requiere cuidados (menor, adulto mayor y/o con discapacidad)	-	-	-	0,50 [0,27- 0,94]	-	-	-	-	-	-
Haber cambiado de equipo y/o de funciones durante la pandemia	-	3,30 [1,42- 7,66]	-	1,76 [0,90- 3,41]	1,41 [1,04 - 1,91]	-	-	1,94 [1,06- 3,55]	1,84 [1,35 - 2,54]	-

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp.34-50

Haber trabajado más de 5 días en la semana previa	1,45 [1,04-2,02]	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Haber estado con pacientes COVID-9 o sospechoso de esto	1,77 [1,20-2,61]	-	1,44 [1,03-2,02]	-	-	-	-	-	1,59 [1,18-2,14]	-
Considerar insuficientes las EPPs para evitar el contagio	1,76 [0,96-3,20]	-	1,52 [1,01-2,27]	3,44 [1,12-10,57]	-	-	-	1,90 [1,01-3,57]	1,54 [1,15-2,07]	-
Le preocupaba mucho o muchísimo contagiarse de COVID	1,53 [1,10-2,13]	1,94 [0,91-4,09]	2,31 [1,78-3,00]	4,15 [2,18-7,90]	2,16 [1,56-2,99]	2,01 [1,21-3,34]	2,31 [1,53-3,50]	4,67 [1,79-12,21]	1,77 [1,35-2,34]	2,31 [1,39-3,86]
Le preocupaba mucho o muchísimo contagiar a sus seres queridos	-	-	1,73 [1,00-2,99]	-	-	-	-	-	1,47 [1,02-2,11]	-
Haber tenido un ser querido que falleció por COVID	1,70 [,98-2,94]	-	1,70 [1,27-2,28]	-	-	-	-	-	-	-
Haberse sentido estigmatizado y/o discriminado como trabajador sanitario por razones relacionadas con COVID	1,62 [1,13-2,38]	2,65 [1,12-6,24]	1,86 [1,43-2,41]	-	2,06 [1,52-2,80]	2,29 [1,36-3,85]	1,76 [1,29-2,40]	-	1,61 [1,23-2,10]	-
Haber sufrido violencia por ser trabajador sanitario durante la pandemia	1,77 [1,07-2,92]	3,51 [1,26-9,77]	1,39 [0,94-2,07]	2,45 [1,00-5,99]	-	-	-	2,63 [1,41-4,90]	-	6,01 [2,85-13,74]
Confiar poco en las capacidades de su gobierno para enfrentar la pandemia	-	2,48 [1,02-6,00]	1,50 [1,02-2,22]	-	1,91 [1,24-2,96]	1,92 [0,98-3,76]	-	-	-	2,39 [1,40-4,14]
Confiar poco en las capacidades de su lugar de trabajo para enfrentar la pandemia	2,04 [1,47-2,84]	0,39 [0,17-0,92]	1,50 [1,14-1,97]	-	1,41 [1,04-1,91]	-	1,60 [1,15-2,25]	-	-	-
No contar con una red fiable de compañeros de trabajo	1,66 [1,05-2,60]	2,84 [1,03-7,80]	1,49 [1,07-2,08]	-	2,36 [1,54-3,61]	3,57 [1,70-7,49]	2,28 [1,65-3,17]	-	1,45 [1,10-1,91]	-
No contar con seres queridos que lo apoyan cuando lo necesita	-	8,48 [1,81-39,80]	2,28 [1,31-3,96]	-	-	-	-	-	2,41 [1,32-4,69]	-

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp.34-50

Tener una enfermedad física crónica al inicio de la pandemia	-	-	-	2,31[1,03-5,18]	-	-	-	2,18 [1,06-4,46]	1,63 [1,18 - 2,26]	-
Tener algún diagnóstico de salud mental al inicio de la pandemia	-	-	2,54 [1,78-3,64]	3,41 [1,03-9,73]	2,39 [1,59 - 3,58]	3,83 [1,81 - 8,12]	2,15 [1,23-3,74]	4,16 [1,44-12,02]	2,01 [1,29 - 3,21]	3,54 [1,41 - 9,77]

Nota: Sólo se incluyen las variables que quedan incorporadas en el modelo parsimonioso y que se asocian significativamente con ser un caso GHQ-12 y/o PHQ-9.

Autoría propia

Un resultado general, es que las variables significativamente asociadas para ser un caso positivo con problema de salud mental son diferentes para mujeres y hombres, dentro de cada país, lo que nos reafirma la necesidad de hacer un análisis diferenciado con enfoque de género.

Un primer resultado interesante es que, a pesar de que las tareas del cuidado son más frecuentes entre las trabajadoras, esta variable no se asoció en forma significativa con ser un caso positivo en ninguno de los cinco países. Sólo fue así entre los hombres en Brasil y como condición protectora (OR<1).

El haber cambiado de equipo y/o funciones resultó asociado como condición de riesgo en los trabajadores de Argentina, Brasil y Perú, y en las trabajadoras de Chile y Uruguay. Y el haber trabajado más de 5 días en la semana sólo fue una condición de riesgo en las trabajadoras de Argentina.

A pesar de que en los hombres fue más frecuente que hayan tenido contacto con pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19, fue sólo entre las mujeres de tres países (Argentina, Brasil y Uruguay) donde esta variable resultó de riesgo.

El preocuparse mucho o muchísimo por ser contagiada/o fue de riesgo para trabajadoras y trabajadores, en los cinco países. Fue la única variable que tuvo esta característica entre todas las que fueron estudiadas. La preocupación por contagiar a seres queridos fue significativa sólo en mujeres de dos países (Brasil y Uruguay). También, el haber tenido un ser querido que haya fallecido por COVID-19 fue condición de riesgo sólo en las mujeres de dos países (Argentina y Brasil).

El haberse sentido estigmatizada/o y/o discriminada/o fue condición de riesgo en las trabajadoras de los cinco países, y de los hombres en sólo dos de ellos (Argentina y Chile). En cambio, el haber sufrido violencia fue una condición de riesgo para los hombres de cuatro países (Argentina, Brasil, Perú y Uruguay), pero para las trabajadoras en sólo dos de estos (Argentina y Brasil).

El confiar poco en sus gobiernos fue una condición de riesgo para hombres (Argentina, Chile y Uruguay) y para mujeres (Brasil y Chile). En cambio, confiar poco en las capacidades de su lugar de trabajo para enfrentar la pandemia, fue asociado como condición de riesgo en las trabajadoras de cuatro países (Argentina, Brasil, Chile y Perú), y sólo en los trabajadores de Argentina.

No contar con una red fiable de compañeras/os de trabajo fue una condición de riesgo en las trabajadoras de los cinco países, pero sólo en los trabajadores de dos de ellos (Argentina y Chile). Y no contar con seres queridos que lo apoyen fue condición de riesgo sólo para los hombres de Argentina y para las mujeres de Brasil y Uruguay.

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp.34-50

Tener el diagnóstico de una enfermedad física crónica fue condición de riesgo para los hombres de Brasil y de Perú, y sólo en las trabajadoras de Uruguay. En contraste, tener algún diagnóstico de salud mental fue condición de riesgo para hombres y mujeres de cuatro países (Brasil, Chile, Perú y Uruguay). Llama la atención que no lo haya sido en Argentina, para ambos.

4. Discusión

La discusión se centra en el análisis de las variables que diferencian a mujeres y hombres respecto del impacto negativo en su salud mental más que en la comparación entre los países, porque ese es el foco de este trabajo y porque las limitaciones de la extensión no permiten profundizar en esta dimensión.

La mayor prevalencia de afectaciones a la salud mental de mujeres respecto de los hombres es concordante con los resultados obtenidos en otros estudios en diversos países durante la pandemia, tanto en las mujeres en general (Özdin & Bayrak, 2020; Sediri et al., 2020; Shah et al., 2021; Ștefănuț et al., 2021; Wang et al., 2019), como entre las médicas y enfermeras en particular (Gormez, Elbay & Cag, 2021; Hao et al., 2021; Villarraga, 2021).

Nuestros resultados -en todos los países-, confirman los estereotipos de género respecto a las responsabilidades de cuidado de las mujeres, donde ellas reportan con más frecuencia que viven con personas que requieren cuidado. De acuerdo con la OIT, las mujeres tienen a su cargo el 76,2% de todas las horas dedicadas a labores de cuidado no remuneradas, acompañadas de dobles y triples jornadas laborales, lo cual se agravó durante la pandemia, sobre todo en el caso de familias cuyas/os hijas/os no pueden asumir de manera autónoma las responsabilidades de la educación a distancia o en las familias con adultos mayores o personas con discapacidad (OEA- Comisión Interamericana de Mujeres, 2020).

En este sentido, no se encuentra que la mayor carga del cuidado de personas en el hogar impacte negativamente en la salud mental de las mujeres, lo que podría explicarse por la naturalización del atributo de “estar para las y los otros” asociado a lo femenino (Scott, 2008). A diferencia de los hombres, pareciera ser que para las mujeres vivir con alguien que requiere apoyo implica hacerse cargo de este. En el reporte de la OIT, el 78,4% de los hogares monoparentales están encabezados por mujeres, quienes asumen tanto las responsabilidades económicas como las de cuidado (OEA-Comisión Interamericana de Mujeres, 2020).

Esto también puede asociarse con los roles de género tal como fue descrito por Ruiz (2020), donde existe la división sexual del trabajo y la negación de las responsabilidades masculinas en las tareas domésticas. Siendo el lugar natural para los hombres el espacio público y el de las mujeres el privado, por lo que salir de este último se considera como riesgo o peligro y significa vergüenza, temor y culpa para las mujeres.

En tres de los cinco países, una mayor proporción de las trabajadoras fueron cambiadas de equipo y/o de funciones, lo que podría explicarse por el hecho de que la mayoría de los cargos administrativos y jerárquicos en los centros de salud son ocupados por hombres, y por lo tanto no pueden cambiar de puesto con tanta facilidad, pero sí propiciar los cambios del resto del personal. Al respecto, OEA-Comisión Interamericana de Mujeres (2020), señala que a pesar de que más de la mitad del personal médico y el 80% del personal de enfermería son mujeres, no son estas las que ocupan los cargos de mayor decisión. De igual forma, también es limitado el liderazgo de las mujeres en las sociedades científicas y académicas (Aquino-Canchari, Chávez-Bustamante, Benites-Ibarra, Quijano-Escate y Arroyo-Hernández, 2022; Quispe-Armenta y Shu-Yip, 2021). Todo lo anterior, redundando en las conocidas brechas salariales que representan una gran desventaja para las mujeres (Cáceres et al., 2019).

Relacionado con lo anterior y dado que la labor de las mujeres está asociada en mayor medida al cuidado, la pandemia ha exigido de ella mayores funciones de este tipo, lo cual ha implicado ampliar y diversificar las funciones de esta índole durante la situación de emergencia sanitaria (OEA-Comisión Interamericana

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp.34-50

de Mujeres, 2020). A ello se suma el atributo de género vinculado a la capacidad de adaptación de las mujeres a ciertas tareas y funciones, que esconde la creencia de que sus funciones no son relevantes y por ende pueden ser cambiadas (Ruiz, 2020).

Este cambio de equipo y/o de funciones es una condición de estrés que se suma a todas las demás, lo cual fue evidenciado en nuestro estudio al encontrar que en los cinco países esta condición se asocia a un deterioro de la salud mental, ya sea en mujeres y/o en hombres.

Estos resultados reflejan que son los hombres quienes ven más afectada su salud mental por el cambio de roles (tres de los cinco países v/s dos de los cinco en las mujeres), dado que la exigencia de adaptabilidad y el asumir funciones de cuidado no están incorporadas entre las responsabilidades habituales que corresponden a la masculinidad (Ruiz, 2020). Asimismo, con relación a lo reportado en los resultados de que existe mayor proporción de hombres (dos de los cinco países) que han trabajado más de 5 días a la semana, variable que no se asocia a un deterioro de su salud mental, se puede explicar como parte del rol masculino donde se asume el trabajo con una mayor resistencia y esfuerzo, dando cuenta así de una posible naturalización de estas exigencias en los hombres (Ruiz, 2020).

Por otro lado, si bien los hombres tienen más contacto con pacientes contagiados de COVID-19 o con sospecha, lo que más afecta su salud mental es el temor por contagiarse. Las mujeres si bien están menos en contacto con pacientes COVID-19, esto afecta su salud mental, al igual que el temor a ser contagiadas. Este temor es propio de la condición de enfrentar algo desconocido que pueda tener consecuencias negativas en su salud: es parte del rol de trabajo en salud durante la pandemia e independiente de roles de género que los diferencie. Sin embargo, es en las trabajadoras donde aparece con más frecuencia la asociación entre el deterioro de su salud mental y este contacto con pacientes COVID-19, con la valoración de que los equipos de protección personal (EPPs) son insuficientes y con la preocupación de contagiar a seres queridos. Nuevamente, esto aparece relacionado a la función de cuidado relativo al rol femenino, que está mucho menos presente entre los hombres.

En la misma dirección se puede comprender la asociación de haber tenido un ser querido fallecido por COVID-19 con la afectación en su salud mental (Argentina y Brasil), pudiendo corresponder con lo que Carol Gilligan ha denominado la ética del cuidado, en la cual la mujer centra su desarrollo moral en la responsabilidad para con las otras/os y en las relaciones interpersonales de cuidado (Faerman, 2015).

Otra línea de análisis tiene que ver con el contagio en sí mismo. Durante el primer año hubo mucho miedo al contagio, no sólo por el escaso conocimiento que aún se tenía sobre la enfermedad, sino también por el estigma que implicaba "tener el virus". Esto último se potenciaba por un discurso de odio y de discriminación, asociado a conductas violentas con las/os trabajadoras/es de la salud. Esta situación ha sido descrita en otros momentos de la historia, ante ausencia o incertidumbre con la información (Goffman, 1998). En este aspecto, nuestro estudio muestra que la experiencia es similar para hombres y mujeres. Pero, en las mujeres el haberse sentido discriminadas y/o estigmatizadas está asociado a efectos negativos en su salud mental en los cinco países, a diferencia de los hombres donde sólo aparece en dos (Argentina y Chile). Creemos que esto se relaciona con el rol de cuidado, siendo en la mujer más frustrante y doloroso sentir que no es comprendida en esta labor de "estar para otras/os".

En línea con la estigmatización, las experiencias de violencia aparecen más asociadas con el deterioro de la salud mental en los hombres, en cuatro de los cinco países. En cambio, para las mujeres, si bien son violentadas en la misma frecuencia que los hombres, no existe esta asociación (salvo en dos países: Argentina y Brasil). Esto podría interpretarse como una suerte de naturalización de la violencia hacia ellas (OEA-Comisión Interamericana de Mujeres, 2020; Batthyány y Sánchez, 2020).

Respecto al antecedente de un diagnóstico previo de trastorno mental, así como su asociación con la afectación de la condición de salud mental durante la pandemia, se puede interpretar como una condición

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp.34-50

de extrema adversidad (la situación de emergencia sanitaria y todo lo que esto conllevó) que afecta en mayor medida a mujeres y hombres con vulnerabilidad en su salud mental. Esta cuestión es relevante a la hora del diseño de estrategias de intervención preventivas y asistenciales, ya que permite identificar grupos más vulnerables, que requieren una atención prioritaria o especial.

Si bien se observó que tanto para trabajadoras como para trabajadores de salud existe poca confianza en el gobierno y en el lugar de trabajo; al observar los efectos en la salud mental, para los hombres es más significativo la desconfianza hacia el gobierno, mientras que, para las mujeres, es mayor la desconfianza en el centro de trabajo. Lo mismo se evidencia en la importancia de tener redes de apoyo confiables en el trabajo y familia, que se presenta de igual manera para hombres y mujeres, pero afecta más la salud mental de ellas. Esto ratifica la priorización por los vínculos con las personas en el caso de las mujeres y el interés de los hombres en temas vinculados con las estructuras de poder y el espacio público, lo cual hemos venido desarrollando a lo largo del análisis vinculado a los estereotipos de género (Scott, 2008; Ruiz, 2020).

El tema de la vulnerabilidad es un eje conductor, a lo largo de la investigación, por cuanto la pandemia ha colocado a la población en una condición de este tipo, pero esta ha sido mayor para el personal de salud y en especial para las mujeres. Ello obedece a los estereotipos de género que han colocado a las mujeres en un lugar de sobrecarga en relación con el cuidado de los otros. De igual manera, su preocupación por los vínculos las lleva a tener mayor afectación en su salud mental al no confiar en el lugar de trabajo o en los colegas y al no contar con redes de apoyo, así como el temor a contagiarse para no contagiar al otro, sobre todo a sus familiares, de quienes se siente responsable.

La relevancia que dan las mujeres al lugar de trabajo y a los vínculos nos hace plantear que para próximas situaciones similares a la pandemia es importante focalizar en las acciones particulares de cada contexto dentro de las políticas públicas, lo cual fue dejado de lado en esta pandemia, no escuchando las necesidades del personal sanitario y las particularidades propias de cada género, en especial el de las mujeres con una sobre exigencia relacionada a las tareas de cuidado. Es necesaria una mirada específica a la condición de mujer, que tiene dificultades muchas veces no percibidas por una sociedad patriarcal y sobrecargada en un futuro post pandémico (Vieira, Anido y Calife, 2022).

Tal como expresan Bond & Wasco (2017), se construyen políticas sin un análisis contextual de los problemas sociales y de equidad que pueden relacionarse con dicho espacio. En este sentido, se debe considerar las necesidades del propio personal de salud y sus particularidades, entre las que es primordial considerar las diferencias de género. De igual manera, se ha invisibilizado las personas significativas para el personal de salud, obviando que detrás del personal hay familias, otras personas y por ende, otras responsabilidades, vinculadas a las tareas que implica vivir con alguien que necesita cuidado. Hay entonces, otro grupo humano oculto en la formulación de las políticas públicas, que aparece en los resultados de este estudio en la preocupación por el contagio para trabajadoras y trabajadores, en los cinco países.

5. Conclusiones

El análisis con enfoque de género permitió evidenciar las diferencias e inequidades entre trabajadoras y trabajadores sanitarios respecto a los factores diferenciales que se asocian al deterioro de su salud mental durante la pandemia, tales como el impacto de la discriminación por ser personal sanitario, el temor al contagio y la vinculación con su lugar de trabajo. El análisis nos permitió observar que en las mujeres estos factores estaban relacionados con las pautas y mandatos sociales respecto a la relación con las y los otros y donde ellas asumen las principales responsabilidades del cuidado, tanto en su trabajo como en el hogar. Esto hace que su preocupación se centre más en las y los otros que en sí mismas, a la vez que se sientan más afectadas en su salud mental al no contar con relaciones de apoyo o ser estigmatizadas.

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp.34-50

El énfasis en el cuidado ha significado para las mujeres una mayor carga laboral en el contexto de la pandemia por COVID-19, donde el cuidado tuvo un rol preponderante, generando un mayor impacto en su salud mental. Asimismo, el cuidado sigue siendo una tarea no reconocida en la economía de las sociedades de forma que este trabajo y rol ha sido invisibilizado por las instituciones y por la sociedad en general. De forma que las mujeres del personal de salud asumieron mayores responsabilidades sin reconocimiento alguno.

El análisis realizado en cinco países demuestra que la prevalencia de afectaciones a la salud mental fue significativamente más elevada entre las mujeres respecto de los hombres. No obstante, las variables asociadas para ser un caso positivo con problema de salud mental son diferentes para mujeres y hombres, dentro de cada país.

Consideramos que la formulación de políticas públicas de salud mental debe incluir un enfoque de género, que permita entender las particularidades propias del ser mujer o ser hombre dentro del personal sanitario. Además, dichas políticas públicas e institucionales se vuelven imperantes al tener en cuenta el efecto directo que la desconfianza en las instituciones estatales y de trabajo tuvo en la salud mental del personal sanitario durante la pandemia por COVID-19. Por lo que el acercamiento y la acción a favor de la salud mental con enfoque de género, podría por sí mismo tener efectos positivos en la salud mental del personal. También creemos que es importante extender el uso del análisis con enfoque de género a otras condiciones que diferencian subgrupos dentro de una comunidad (condición socioeconómica, etnia, etc.) y así lograr que las políticas públicas tengan un enfoque interseccional, logrando mayor pertinencia y efectividad.

Referencias bibliográficas

- Alvarado, R. (1997). Aporte a la discusión sobre la necesidad de incorporar el enfoque de género en las investigaciones operativas y sus consecuencias programáticas. *Cuadernos Médico Sociales*, 38(4), 22-26.
- Alvarado, R., Ramírez, J., Lanio, Í., Cortés, M., Aguirre, J., Bedregal, P., Allel, K., Tapia, T., Burrone, M., Cuadra, G., Goycolea, R., Mascayano, F., Sapag, J., Schilling, S., Soto, G., Traub, C., Villarroel, S., y Alarcán, S. (2021). El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de la salud en Chile: datos iniciales de The Health Care Workers Study. *Revista Médica de Chile*, 149(8), 1205-1214. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000801205>
- Aquino-Canchari, R., Chávez-Bustamante, G., Benites-Ibarra, C.A., Quijano-Escate, R. y Arroyo-Hernández, H. (2022). Participación femenina en los comités editoriales de revistas médicas en Latinoamérica. *Revista Biomédica*, 42(2), 355-363.
- Araya, R., Wynn, R. & Lewis, G. (1992). Comparison of two self-administered psychiatric questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in primary care in Chile. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 27, 168-173.
- Batthyány, K. y Sánchez, A. (2020). Profundización de las brechas de desigualdad por razones de género: el impacto de la pandemia en los cuidados, el mercado de trabajo y la violencia en América Latina y el Caribe. *Astrolabio*, 25, 1-21. <https://doi.org/10.55441/1668.7515.n25.29284>
- Bond, M. & Wasco, S. (2017). Gender as context: a framework for understanding and addressing gendered qualities of settings. En M. Bond, I. Serrano-García, C. Keys & M. Shinn (Eds.). *APA handbook of community psychology: Theoretical foundations, core concepts, and emerging challenges* (pp. 369-385). Washington D. C.: American Psychological Association.
- Burrone, M., Abeldaño, R., Susser, L., Lucchese, M., Enders, J., Alvarado, R., Valencia, E. y Fernández, A. (2015). Evaluación psicométrica y estudio de fiabilidad del cuestionario general de salud (GHQ-12) en consultantes adultos del primer nivel de atención en Córdoba, Argentina. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 72(4), 236-242.

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp.34-50

- Cáceres, F., Amaya, C. y Rivero, C. (2019). Inequidades de género en el ámbito de la salud: el caso de medicina. *Aquichan*, 19(2), 1-11. <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.2.7>
- Costa, D. (2021). Predictors of psychological distress and prevalence of self-reported mental disorders in health care professionals and in the general population during the Covid-19 pandemic in Brazil. *Brazilian Journal of Psychotherapy*, 23(3), 47-70.
- Dantas, E. (2020). Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. *Interface*, 25(Supl. 1), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/Interface.200203>
- Faerman, R. (2015). Ética del cuidado: Una mirada diferente en el debate moral. *Revista de Teoría del Derecho de la Universidad de Palermo*, 2(1), 123-146.
- Goffman, E. (1998). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goldberg, D. y Williams, P. (1996). *Cuestionario de salud general GHQ. Guía para los usuarios de las distintas versiones*. Barcelona: MASSON S.A.
- Gomez, A., Elbay, R., & Cag, Y. (2021). Has COVID-19 taken a heavier toll on the mental health of ICU nurses? *Intensive & Critical Care Nursing*, 65(10), 103042. <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103042>
- Gouveia, V., Barbosa, G., Oliveira, E. & Carneiro, M. (2010). Factorial validity and reliability of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in the Brazilian physician population. *Cadernos de saude publica*, 26(7), 1439-1445.
- Hao, Q., Wang, D., Xie, M., Tang, Y., Dou, Y., Zhu, L., Wu, Y., Dai, M., Wu, H., & Wang, Q. (2021). Prevalence and Risk Factors of Mental Health Problems Among Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, (12), 1-14. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2021.567381>.
- Huarcaya, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 327-334. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Jaramillo, M. y Ñopo, H. (2020). *Impactos de la epidemia del coronavirus en el trabajo de las mujeres en el Perú*. Lima: GRADE, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Recuperado de https://www.pe.undp.org/content/peru/es/home/library/democratic_governance/impactos-de-la-epidemia--del-coronavirus-en-el-trabajo--de-las-m.html
- Juárez, A. (2020). Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Salud UIS*, 53(4), 432-439. <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v52n4-2020010>
- Kroenke, K., Spitzer, R. & Williams, J. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, (16), 606-613.
- Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xu, Y., Cai, L., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Du, H., Li, R., Kang, L., Zheng, H., Liu, Z. & Zhang, B. (2021). Gender differences in mental health problems of healthcare workers during the coronavirus disease 2019 outbreak. *Journal of psychiatric research*, 137, 393-400. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.03.014>
- Mascayano, F., van der Ven, E., Moro, M., Schilling, S., Alarcón, S., Al Barathie, J., Alnasser, L., Asaoka, H., Ayinde, O., Balalian, A., Basagoitia, A., Brittain, K., Dohrenwend, B., Durand-Arias, S., Eskin, M., Fernández-Jiménez, E., Freytes, M., Giménez, L., Gisle, L., Hoek, H., ... HEROES group (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare workers: study protocol for the COVID-19 HEalth caRe wOrkErS (HEROES) study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 57(3), 633-645. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02211-9>
- MINSA Perú. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. (2020). Nota Informativa N°-2020-DSAME-DGIESP/MINS. Resultados primera etapa estudio HEROES en el Perú. Lima: Minsa Perú.
- Muñoz-Fernández, S., Molina-Valdespino, D., Ochoa-Palacios, R., Sánchez-Guerrero, O. y Esquivel-Acevedo, J. (2020). Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp.34-50

- del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediátrica de México*, 41(Supl. 1), 127-136.
- Muzyamba, C., Makova, O., & Mushibi, G. (2021). Exploring health workers' experiences of mental health challenges during care of patients with COVID-19 in Uganda: a qualitative study. *BMC Research Notes*, 14(286), 1-5. <http://dx.doi.org/10.1186/s13104-021-05707-4>
- OEA-Comisión Interamericana de Mujeres (2020). *COVID-19 en la vida de las mujeres: Razones para reconocer los impactos diferenciados*. Recuperado de <https://www.oas.org/es/cim/docs/ArgumentarioCOVID19-ES.pdf>
- ONU Mujeres (2020). Atender las necesidades y el liderazgo de las mujeres fortalecerá la respuesta ante el COVID-19. Recuperado de <https://www.unwomen.org/es/news/stories/2020/3/news-womens-needs-and-leadership-in-covid-19-response>
- Organización Mundial de la Salud (2021). The mental health of health workers in the pandemic. *Bulletin World Health Organization*, 99. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.21.020621>
- Organización Panamericana de la Salud (2022). The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES). Informe Regional de las Américas. Washington: OPS. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55563/OPSNMHHMCOVID-19220001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Özdin, S. & Bayrak, S. (2020). Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(5), 504-511.
- Palomera-Chávez, A., Herrero, M., Carrasco, N., Juárez-Rodríguez, P., Barrales, C., Hernández-Rivas, M., Llantá, M., Lorenzana, L., Meda, R. y Moreno-Jiménez, B. (2021). Impacto psicológico de la pandemia COVID-19 en cinco países de Latinoamérica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 53, 83-93. <https://doi.org/10.14349/rtp.2021.v53.10>
- Quispe-Arminza, M. y Shu-Yip, S. (2021). Representación femenina en las especialidades quirúrgicas y afines en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 38(3), 452-457. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.383.8192>.
- Red Argentina de Salud Integral y Cuidados (2021). *Género y Salud Mental en contexto de Pandemia: hallazgos en un sector laboral feminizado en Argentina. Investigación internacional multicéntrica: el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de las personas trabajadoras en los servicios de salud* (1a ed.). Chubut: Rawson.
- Robles, R., Morales-Chainé, S., Bosch, A., Astudillo-García, C., Feria, M., Infante, S., Alcocer-Castillejos, N., Ascencio, L., Real-Ramírez, J., Díaz, D., Gómez-Estrada, H., Becerra, C., Escamilla, R., López-Montoya, A., Beristain-Aguirre, A., Vega, H., Álvarez-Icaza, D., Rodríguez, E., Durand, S., Fresán, A., ... Madrigal de León, E. (2021). Mental Health Problems among COVID-19 Frontline Healthcare Workers and the Other Country-Level Epidemics: The Case of Mexico. *International journal of environmental research and public health*, 19(1), 421. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010421>
- Ruiz, P. (2020). *Una Aproximación al Concepto de Género*. Lima: Cátedra UNESCO de la Igualdad de Género en Instituciones de Educación Superior.
- Sandoval, T. y Delgado, A. (2020). Mujeres del sector salud: su protección en tiempos de Covid-19. Un abordaje desde el enfoque de género. *Revista Gaceta Laboral*, 26(2), 156-184.
- Santos, I., Tavares, B., Munhoz, T., Almeida, L., Silva, T., Tams, B., Patella, A., & Matijasevich, A. (2013). Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cadernos de saude publica*, 29(8), 1533-1543. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00144612>
- Scott, J. (2008). *Género e Historia*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica y Universidad Autónoma.
- Scriby Inc. (2022). *The Coronavirus App*. Recuperado de <https://coronavirus.app/map>
- Sedirí, S., Zgueb, Y., Ouanes, S., Ouali, U., Bourgou, S., Jomli, R., & Nacef, F. (2020). Women's mental health: acute impact of COVID-19 pandemic on domestic violence. *Archives of Women's Mental Health*, 23(6), 749-756. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01082-4>

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp.34-50

- Shah, S., Mohammad, D., Qureshi, M., Abbas, M., & Aleem, S. (2021). Prevalence, Psychological Responses and Associated Correlates of Depression, Anxiety and Stress in a Global Population, During the Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic. *Community Mental Health, 57*, 101-110. <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-020-00728-y>
- Ștefănuț, A., Vintilă, M., Bucur, V.M., & Blaboli, T. (2021). Gender and Age-Related Differences in Depression, Anxiety and Stress during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *Revista de Asistență Socială, 123-34*.
- Urbiña-Villarraga, J., Velandia-Puerto, S., Gomez-Lora, M., Cañón-Ramirez, D., Vargas-Montoya, T. y Harnache-Bustamante, D. (2021). Síndrome de Burnout y la psiconeuroendocrinoinmunología: consecuencias en el personal de salud durante la pandemia por Coronavirus. *MedUNAB, 24(1)*, 9-12. <https://doi.org/10.29375/01237047.3997>
- Urtasun, M., Daray, F., Teti, G., Coppolillo, F., Herlax, G., Saba G., Rubinstein, A., Araya, R., & Irazola, V. (2019). Validation and calibration of the patient health questionnaire (PHQ-9) in Argentina. *BioMed Central Psychiatry, 19(1)*, 1-10.
- Velavan, T. & Meyer, C. (2020). The COVID-19 epidemic. *Tropical Medicine and International Health, 25(3)*, 278-80. <http://dx.doi.org/10.1111/tmi.13383>
- Vieira, J., Anido, I., y Calife, K. (2022). Mulheres profissionais da saúde e as repercussões da pandemia da Covid-19: é mais difícil para elas? *Saúde Debate, 46(132)*, 47-62.
- Villarraga, L. (2021). Cuidado de la salud mental de las enfermeras: prioridad en la pandemia por la Covid-19. *Aquichan, 21(3)*, 1-4. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2021.21.3.1>
- Wang, Y., Di, Y., Ye, J., & Wei, W. (2019). Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychology, Health & Medicine, 26(1)*, 13-22. <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2020.174681>