



## Universidad Panamericana



Maestría en Bioética  
Estudios Incorporador a la SEP RVOE 20100494  
Centro Interdisciplinario de Bioética  
Escuela de Medicina  
Facultad de Ciencias de la Salud

### **“El impacto de la pandemia sobre la salud mental del personal sanitario y sus implicaciones bioéticas: Una revisión sistemática”**

Tesis Profesional

Que presenta

**Lucía Amelia Ledesma Torres**

Para obtener el título de:

**Maestra en bioética**

Directora de Tesis:

Dra. María de La Luz Casas Martínez

Ciudad de México

*junio/ 2023*

© [2023] [Lucía Amelia Ledesma Torres]

Todos los derechos reservados.



Ciudad de México, 23 de mayo de 2022

Asunto: Registro de protocolo  
Protocolo No. CICIBUP0001/2022

LUCIA LEDESMA TORRES  
PRESENTE

Con relación al protocolo No. CICIBUP0001/2022, turnado al Comité de Investigación del Centro Interdisciplinario de Bioética de la Universidad Panamericana (CICIBUP) denominado:

“El impacto de la pandemia sobre la salud mental en el personal sanitario y sus implicaciones bioéticas: Una revisión sistemática”.

Hago de su conocimiento que después de evaluar la calidad científica y ética del proyecto, el dictamen del CICIBUP es el siguiente:

**APROBADO**

La vigencia de esta aprobación es de tres años a partir de la emisión de este documento. Los responsables del estudio se comprometen a cumplir con todas las disposiciones éticas nacionales e internacionales, así como a presentar al Comité cualquier enmienda, cambio o irregularidad detectada durante la aplicación del protocolo, así como de dar aviso al Comité de la finalización del mismo.

ATENTAMENTE

Dra. María de la Luz L. Casas Martínez  
Coordinador de investigación de CICIBUP

c.c.p. Archivo CICIBUP.  
Comité de investigación CIBUP  
Comité de ética de la investigación CIBUP

up.edu.mx T:+52(55)5482 1600  
Mixcoac, +52(55)5482 1700

Centros Culturales de México, A.C. Augusto Rodín 498, Col. Insurgentes  
Benito Juárez, C.P.03920, CDMX, México

## TABLA DE CONTENIDO

PREFACIO .....	v
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTOS .....	vii
RESUMEN.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	9
Pandemia y salud mental .....	9
Salud Mental en el personal sanitario durante la pandemia.....	13
Principales alteraciones en la salud mental.....	19
Bioética en pandemia y personal sanitario.....	24
Dilemas bioéticos en contexto pandemia .....	29
La salud mental y su relación con los dilemas bioéticos .....	31
Metodología .....	34
Pregunta de investigación .....	34
Objetivo general .....	34
Objetivos específicos.....	34
Hipótesis.....	35
Justificación.....	35
Diseño .....	36
Método: Selección de artículos método PRISMA.....	36
Método de análisis de discusión.....	39
Resultados .....	40
Descriptivos.....	41
Comprobación de hipótesis .....	45
Discusión.....	51
La bioética: Una elemento esencial en salud mental .....	52
Análisis hermenéutico .....	60
CONCLUSIONES.....	70
Perspectivas del estudio .....	70
Limitantes de este trabajo .....	74
Fortalezas del estudio .....	75
bibliografía.....	76
Anexos .....	91
Anexo 1. Lista de verificación PRISMA 2020.....	91
Anexo 2. Algoritmo de selección de los elementos PRISMA .....	95
Anexo 3. Análisis PRISMA con los criterios de título y resumen.....	97

## **PREFACIO**

Desde la bioética se puede reconocer la complejidad del ser humano y la sociedad en la que vive, es por ello, que comprender la interacción de los elementos que integran situaciones que pueden tornarse conflictivas o dilemáticas en determinado espacio temporal, es fundamental para concebir nuevos espacios de reflexión y crecimiento; no es la excepción el análisis de la salud mental y la bioética.

La pandemia fue un fenómeno mundial que impactó fuertemente a diferentes sectores, incluyendo el sanitario, permitiendo visualizar una serie de situaciones de carácter bioético que afectaba al personal sanitario; desde una primera aproximación, la exploración teórica permite conjuntar y consensuar las diferentes inquietudes conflictivas y estresantes dilemáticas, pudieron generar una situación de vulnerabilidad, impactando y consecuentemente estableciendo secuelas en la salud mental y cómo este personal de salud vulnerado psicológicamente también puede hacerles frente a los retos que implica la bioética.

Por lo que fundamentalmente, el abordar este tema, establece un carácter novedoso y sin duda, es una oportunidad para asignarle en la bioética un espacio de intervención en el campo de la medicina clínica y con ello las diferentes directrices que complejizan el trabajo de la bioética y su relación con la conducta humana, convirtiéndose en un eje fundamental que debe ser abordado en la agenda de la postpandemia.

## **DEDICATORIA**

A mis compañeros y compañeras en áreas de atención COVID-19.

A mis padres José y Leticia por brindarme su apoyo incondicional y por enseñarme el valor del conocimiento.

A mi hermano Jerónimo por quererme.

A mi esposo Rubén por su presencia constante y por hacerme feliz.

A mi hijo en camino, José Ferrán.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi Tutora, Dra. María de la Luz Casas por su acompañamiento absoluto y claridoso.

A la Mtra. Claudia Villanueva por su ayuda íntegra y objetiva.

A la Dra. Stephanie Derive por todas sus contribuciones para la realización de este trabajo.

Al cuerpo académico de la Maestría en Bioética de la Universidad Panamericana por sus enseñanzas.

A la Mtra. Liliana Cruz y al Psic. Yahel Hernández por sus invaluable aportaciones.

Dra. María De La Luz Casas Martínez. Lucía Amelia Ledesma Torres

“El impacto de la pandemia sobre la salud mental del personal sanitario y sus implicaciones bioéticas: Una revisión sistemática”

## **RESUMEN**

En marzo del 2020, se declaró la pandemia del virus SARS-Cov2, COVID-19, que llevó a un colapso en el sistema sanitario y consecuencias sociales, políticas y económicas. El personal sanitario de primera línea se enfrentó a diversas situaciones conflictivas dilemáticas en el campo de la bioética, así como otros factores que inestabilizaban su salud; sin embargo, no se reconocía con claridad el impacto de la pandemia en su salud mental y sus implicaciones bioéticas. Se trabajó bajo la metodología PRISMA en la selección de artículos que tuvieran la intersección de las variables señaladas, con determinados criterios de inclusión y exclusión, dicha búsqueda dio como resultado 22 artículos, de los cuáles se analizó su distribución geográfica, tipo de metodología empleada, tipo de muestra. En el análisis de las variables de salud mental, se encontró que un 61% de los artículos abordaban la angustia moral como un elemento de malestar psicológico asociado con implicaciones bioéticas; donde el cuerpo de enfermería fue la muestra con mayores alteraciones. Asimismo, se hizo una disección de los tópicos más abordados y su clasificación con principios bioéticos, sin encontrar que se clasificaran por distribución geográfica. En la discusión se aborda a la bioética como un elemento esencial en la salud mental, las implicaciones del cuerpo de enfermería en situación de vulnerabilidad y un análisis hermenéutico que aborda las limitaciones del principialismo y los nuevos espectros que deben considerarse para abordar un utilitarismo frente a los retos pandémicos. Se concluye en esta investigación, permitirá entablar una relación más estrecha y específica entre las disciplinas de bioética y salud mental.

## INTRODUCCIÓN

### **Pandemia y salud mental**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), declaró el 11 de marzo del 2020 un estado de emergencia sanitario pandémico, ocasionada por una beta coronavirus, SARS-Cov2 (*Severe acute respiratory syndrome coronavirus-2*), COVID- 19; cuyo punto de origen se identificó en Wuhan, China en el 2019 (Krishnan et al., 2021).

Dicho virus impacta principalmente al sistema respiratorio, pero puede causar daños en otros sistemas, como el cardiovascular, el gastrointestinal, el hepatobiliar, el renal y el nervioso central, una de sus mayores complicaciones en su manejo fue el tiempo de incubación, el cual es en promedio de 5.2 días (rango de 4.1 a 7 días), teniendo un periodo largo de incubación, lo que conduce a una alta tasa de infecciones asintomáticas y subclínicas y un aumento en la transmisión viral, siendo un patógeno altamente contagioso que se extendió a nivel mundial, con un elevado número de personas contagiadas y múltiples fallecidos considerando los parámetros epidemiológicos (Krishnan et al., 2021; Forner-Puntonet, 2021), en sustento que para enero del 2023, la Organización Mundial de la Salud (OMS), señaló que a nivel mundial hubo 757.264.511 casos confirmados y 6.850.594 defunciones.

Respecto al cuadro y sintomatología clínica, de acuerdo con una revisión sistemática realizada por Al Maqbali y colaboradores (2022), la prevalencia de síntomas clínicos de acuerdo con la literatura disponible de 132, 647 pacientes, por fiebre (76.2%), tos (60.4%), fatiga (33.6%), disnea (26.2%), otros síntomas

también reportados fueron mialgias, dolor de garganta, cefalea, rinorrea, hemoptisis y diarrea (Jiang et al., 2020).

Dentro de las características del COVID-19, se consideró una tasa de contagio diferencial, con mayor incidencia en adultos mayores, con un número mayor de casos y severidad del cuadro clínico, respecto con la población pediátrica que llegan a tener contagios menores y con una menor severidad en síntomas (Yasuhara et al., 2020).

Bajo el panorama anterior, se llevaron a cabo una serie de medidas sanitarias urgentes de acuerdo con las capacidades de cada país, incluyendo el cierre de diversas actividades, cuarentena o aislamiento ante casos positivos con la finalidad de proteger la salud de la población y contener el avance de la enfermedad (González-Duarte et al., 2021).

### ***La salud mental ante el COVID -19 en la población general***

La salud mental, es un constructo que incluye una amplia gama de conductas dirigidas y adaptativas asociadas al bienestar mental (Muñoz -Fernández et al., 2020). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), reconoce a la salud mental como un estado de bienestar en que el individuo se da cuenta de sus propias capacidades, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Por su parte, se identifica al estrés como un estado transitorio y adaptativo que permite responder a las demandas del ambiente, cuya función es movilizar para reducir el malestar, dolor o dificultades que pueden conducir a un riesgo (Thierry Steimer, 2002).

En el panorama de la pandemia, su temporalidad (2020- 2022) generó una exposición prolongada al estrés, asociado con el estado de confinamiento, a la disminución en la interacción social de las personas, limitándose al uso de tecnologías (cuando el recurso era viable), la sobre exposición mediática de noticias, reportajes y testimonios con sesgos de información negativa o descontextualizada, la saturación de instituciones de salud pública y privada, el miedo al contagio y de manera particular el impacto económico y el no tener acceso a suministros básicos trajo consigo un impacto en la salud mental (Gloster et al., 2020, Cuadra-Martínez et al., 2020; Ferrán & Barrientos-Trigo, 2021).

De acuerdo con la revisión de Cuadra-Martínez y colaboradores (2020), sobre el comportamiento psicológico pandémico por COVID-19, se establecen diversas dimensiones que se ven afectadas ante la contingencia sanitaria a nivel mundial (Tabla 1):

*Tabla 1*

#### Comportamiento psicológico pandémico

<i>Dimensión</i>	<i>Descripción</i>
Emocional	Mayor prevalencia de emociones con valencia negativa; disminución de la felicidad, del sentimiento de seguridad y confianza y la satisfacción vital Aumento de la ansiedad, ira malestar, inseguridad, miedo, soledad, desesperación. Expresión de miedo colectivo
Conductual	Agotamiento físico Disminución de actividades de ocio Tendencia a un rechazo a vacunar a los hijos, por parte de los padres, excepto cuando estos presentan enfermedades de base
Cognitiva	Aumento de la desconfianza Aumento de las creencias religiosas Aumento de la evaluación del riesgo no negación de este Incertidumbre Decepción

	<p>Mayor preocupación por la salud y la familia</p> <p>Mayores frecuencias de pensamientos de muerte</p> <p>Preocupación por la falta de apoyo en grupos específicos de inmigrantes</p> <p>Valoración de las medidas de protección en las campañas de salud, pero baja confianza en su eficacia</p> <p>Desinformación</p>
Salud mental	<p>Depresión</p> <p>Estrés</p> <p>Ansiedad</p> <p>Trastornos del sueño</p> <p>Autoagresión</p> <p>Suicidio</p> <p>Síntomas obsesivos compulsivos</p> <p>Dificultad con el duelo</p>
Psicosocial y comunicacional	<p>Distorsión de la información en los medios comunicacionales</p> <p>Influencia de los medios de prensa en la representación social de la pandemia</p> <p>Estigmatización y prejuicio hacia los contagiados</p> <p>Discriminación en el acceso a programas de salud para la pandemia en personas con enfermedad mental</p>

---

Cuadra-Martínez et al., 2020

Las consecuencias asociadas a una exposición aguda y prolongada de los estresores derivados de la pandemia, condujo a la población a nivel mundial a presentar una serie de alteraciones psicológicas como miedo, inseguridad, incertidumbre, desesperanza y enojo; además de recurrir a estrategias de afrontamiento que no son funcionales que van desde el abandono de medidas de cuidado o hasta la sobreprotección (Li, Wang, Xue, Zhao & Zhu, 2020).

En personas que presentaban un historial de trastornos psicológicos se agudizó la presencia de trastornos de ansiedad y depresivos, incluso, se ha señalado al COVID-19 como un estresor traumático que podría conducir a sintomatología de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), tanto en personas que habían estado expuestos directamente al virus, como indirectamente (Bridgland et al., 2021).

Por lo tanto, la salud mental se vio afectada a grandes escalas, independientemente del estrato económico o área geográfica y al formar parte de la salud pública, representó un coste económico y emocional considerable para la persona y su entorno, coexistiendo, además, con enfermedades físicas del individuo y los retos sociales que conlleva la pandemia (Villca Villegas et al., 2021).

### **Salud Mental en el personal sanitario durante la pandemia**

Por su parte, el personal sanitario, fue un grupo altamente vulnerable; Como primera línea de actuación, tuvo que hacerle frente a estresores adicionales como cambios organizativos, la redistribución y carga de trabajo, entre otros, que identifican a este grupo como de riesgo para sufrir trastornos psicológicos y de salud mental (Gray et al., 2021; Lai et al., 2020; Muñoz-Fernández et al., 2020; Kang et al., 2020; Bridgland et al., 2021; Ferrán et al., 2021; Forner-Puntonet et al., 2021; Froessl et al., 2021). A continuación, se presenta el panorama de la salud mental, considerando los estresores, factores de protección y riesgo y sus repercusiones en la salud mental.

#### ***Principales estresores***

Bajo un estado de emergencia sanitaria, diversas áreas del personal de salud presentan una serie de factores estresores que son constantes y que pueden tener como consecuencia alteraciones psicológicas o interrumpir su actividad asistencial.

Tabla 2

Estresores reportados por el personal sanitario reportados alrededor del mundo.

<i>Estresor</i>	<i>Autor</i>
Preocupación de mayor riesgo de contagio de COVID-19	Cuadra-Martínez, 2020 Rojas-Gualdrón et al., 2020 García-Iglesias et al., 2020 Muñoz- Fernández et al., 2020 Cai et al., 2020 Jonsdottir et al., 2021 Forner-Puntonet et al., 2021 Cuadra-Martínez, 2020
Desconfianza/ poco equipo de protección	Shanafelt et al., 2020 Rojas-Gualdrón et al., 2020 Jonsdottir et al., 2021 Cai et al., 2021 Cuadra-Martínez, 2020
Carga de trabajo excesiva (largas jornadas laborales)	Rojas-Gualdrón et al., 2020 García-Iglesias et al., 2020 Muñoz- Fernández et al., 2020 Forner-Puntonet et al., 2021 Cuadra-Martínez, 2020
Temor de contagiar a sus familiares y compañeros de trabajo	Rojas-Gualdrón et al., 2020 Lozano-Vargas, 2020 Shanafelt et al., 2020 Muñoz- Fernández et al., 2020 Mediavilla et al., 2021 Cuadra-Martínez, 2020
Aislamiento	Rojas-Gualdrón et al., 2020 Cai et al., 2020 Forner-Puntonet et al., 2021
Inconformidad con las campañas preventivas del gobierno	Cuadra-Martínez, 2020 Rojas-Gualdrón et al., 2020 Cai et al., 2020
Incomodidad con el equipo de protección	Lozano-Vargas, 2020 Muñoz- Fernández et al., 2020
Conflictos en el trabajo	Cuadra-Martínez, 2020 Rojas-Gualdrón et al., 2020
Disminución de la autoeficacia profesional	Cuadra-Martínez, 2020 Rojas-Gualdrón et al., 2020
Exigencia de autoridades	Cuadra-Martínez, 2020 Rojas-Gualdrón et al., 2020
Presión psicológica	Cuadra-Martínez, 2020 Rojas-Gualdrón et al., 2020
Discriminación	Cuadra-Martínez, 2020 Rojas-Gualdrón et al., 2020
Racionamiento (asignación de recursos médicos limitados)	Froessl & Abdeen, 2021 Muñoz- Fernández et al., 2020
Cambios en sus ciclos de sueño, hambre y rutinas diarias	Lozano-Vargas, 2020
La ausencia de un tratamiento eficaz para COVID-19	Froessl & Abdeen, 2021
Mantenerse al día con los nuevos conocimientos e información	Froessl & Abdeen, 2021
Mala gestión hospitalaria	Jonsdottir et al., 2021
La falta de correspondencia equitativa/justa de salarios	Muñoz- Fernández et al., 2020

Cómo se observa en la Tabla 2, la ponderación de estresores tiene una asociación directa a las características biológicas del virus, siendo el miedo al contagio o de contagiar a algún familiar. Mediavilla y colaboradores (2021), encontraron que incluso hay más miedo de contagiar a un familiar que a infectarse ellos mismos, también un estresor importante es la desconfianza o no suficiente equipo de protección.

Para las condiciones laborales, destacó la carga excesiva de trabajo, que a su vez puede conducir a una dificultad para solicitar ayuda o soporte psicológico, debido a esta sobrecarga y exigencia de la situación vista como la presión psicológica, adicional a otros retos como los conflictos laborales que se pueden asociar a la estructura hospitalaria. (Forner-Puntonet et al., 2021).

Respecto a los estresores que se sitúan en los personales, se identificó la disminución de autoeficacia laboral y una mayor presión psicológica, es decir la presencia de demandas que superan las habilidades con las que cuenta actualmente; Mientras que los estresores que incluyen un espacio sociocultural, se ha reportado la falta de competencias del sistema de gobierno en proporcionar campañas informativas que reduzcan el número de casos asistidos de forma hospitalaria, así como un panorama de discriminación y estigmatización al personal de salud, específicamente cuando han trabajado directamente con personas infectadas, este último factor se asoció con una mayor propensión a desarrollar de síntomas de TEPT y consumo de alcohol (Hennein et al., 2021).

En cuando a la temporalidad de los estresores, se observó que algunos estresores fueron particulares al inicio de la pandemia, un estudio documentó las causas de ansiedad durante la primera semana de COVID-19 en el personal de salud, revelando que se asociaban a no tener acceso rápido a las pruebas, temor

concomitante de propagar la infección en el trabajo, la incertidumbre sobre si su organización los respaldaría o atendería sus necesidades personales y familiares en caso de desarrollar la infección, adicional a el aumento de las horas de trabajo y el cierre de escuelas y con ello el cuidado y atención de las diferentes demandas que conllevaba los niños en casa; así como el miedo inminente ante las nuevas responsabilidades que traía consigo la pandemia, así como el miedo de poder proporcionar atención médica competente, por ejemplo, las enfermeras sin experiencia al tener que brindar asistencia a pacientes críticamente enfermos (Shanafelt et al., 2020).

No todos los trabajadores de la salud experimentaron el mismo impacto emocional, lo que implica que existen factores de riesgo y/o protectores, que mediaron el afrontamiento a los estresores previamente mencionado (Muñoz-Fernández et al., 2020; Froessl & Abdeen, 2021).

### ***Factores de Riesgo y protección***

#### Asociado con el sexo

Se ha documentado que médicos varones están culturalmente troquelados para ignorar sus afectos, priorizando el trabajo sobre sus necesidades personales, evitando mostrar signos de temor o cansancio, lo que consideran “debilidad” y, por tanto, son quienes menos buscan apoyo emocional ante las crisis, tienden a correr mayores riesgos, quitándose lentes o cubrebocas en áreas no COVID-19, (Muñoz – Fernández et al., 2020), sin embargo, como factor de protección se ha reportado una mejor percepción subjetiva sobre las condiciones de trabajo en el entorno pandémico, en relación con las mujeres, en especial cuando son masculinos de edad avanzada, lo cual se atribuye a tener un mayor manejo de

las situaciones estresantes y no a la asociación de género masculino (Jonsdottir et al., 2021).

El ser mujer, estar embarazada o tener hijos, han sido factores relacionados con mayor estrés, las mujeres tienen mayor temor al contagio, tanto personal como de su familia, adicional a la creencia y estereotipos de cuidar a los hijos y familiares, agrava el modo de afrontamiento ante diferentes estresores; sin embargo, son las mujeres las que piden mayor soporte psicológico, lo que podría suponer un factor de protección ante burnout o alteraciones conductuales (Muñoz – Fernández et al., 2020; Forner-Puntonet et al., 2021).

A menudo se espera que el personal sanitario, sobre todo el de enfermería, realice un considerable trabajo emocional durante sus interacciones con los pacientes, sus familias y otros miembros del personal, incluida la ejemplificación de las expectativas organizativas de comportamiento y emocionalidad en el lugar de trabajo (Sperling et al., 2021); adicional a ello, se considera que este trabajo se compensa en parte con las recompensas emocionales que los trabajadores experimentan como resultado del desempeño de estas funciones, como la gratitud y el aprecio de los pacientes y sus familias, sin embargo, no es una condicionante y de hecho, pueden experimentar altos niveles de insatisfacción de los pacientes y de otros miembros del personal, lo que agrava la carga psicológica (Drewett et al., 2021).

#### Edad

De acuerdo con Jonsdottir y colaboradores (2021), a mayor edad hay una mejor percepción de las condiciones de trabajo en el personal que se enfrenta en una

primera línea COVID; por lo que ser interno o residente, supone un factor de riesgo para desarrollar algún evento transitorio o permanente de estrés.

### Estrategias de afrontamiento

Los mecanismos de afrontamiento son las estrategias cognitivas y las conductas que se ponen en marcha para enfrentar la ansiedad en la interacción con el ambiente. El afrontamiento poco adaptativo consiste en negar o evitar las emociones o situaciones que se enfrentan, mientras que un afrontamiento positivo o activo es un factor de protección, teniendo actitudes resolutivas y realistas a la problemática enfrentada, autoafirmación y la introspección, canalizan los sentimientos que emergen ante el estrés en actividades productivas y con sentido del humor (Muñoz – Fernández et al., 2020).

En el marco del COVID 19, en evaluación de estrategias de afrontamiento positivas, las enfermeras destacaron en un conocimiento mayor sobre los mecanismos de transmisión del virus, medidas protectoras y una actitud positiva en el trabajo (Cai et al., 2020).

### Personalidad

La resiliencia es un factor protector individual ante el estrés, es esa capacidad en la que se enlazan aspectos biológicos y en el desarrollo de la personalidad, para lidiar con la adversidad y recuperarse de forma espontánea; Las personas con resiliencia tienden a tener una personalidad bien estructurada, son tenaces y optimistas, mostrando menor riesgo de enfermedad mental (Muñoz – Fernández et al., 2020).

### Otros factores asociados al contexto médico

Dentro de las herramientas más eficaces como factores de protección, Caí y colaboradores (2020), reportaron que la seguridad de disponer de equipos de protección individual y la conservación del bienestar de la familia, como el reconocimiento del trabajo realizado por las autoridades sanitarias y la disminución de nuevos casos de COVID-19, fueron identificados como factores protectores frente al estrés.

Por lo tanto, el adaptarse a ese nuevo entorno, en este caso a una pandemia causada por el virus SARS-COV-2 (COVID-19) dependerá de diferentes variables que conducirán o no a alteraciones psicológicas.

### ***Principales alteraciones en la salud mental***

La emergencia de síntomas psiquiátricos en los trabajadores de la salud es multifactorial, considerando que estos trastornos emergentes pueden ser aspectos propios de la pandemia o exacerbaciones de trastornos preexistentes asociados a un inadecuado nivel de adaptación en situación de crisis (Muñoz – Fernández et al., 2021).

Es de relevancia considerar que no todas las poblaciones del personal sanitario, se han visto afectados de la misma manera en la pandemia; los Trabajadores Sanitarios de Primera Línea (TSPL), los cuales son médicos, paramédicos y enfermeras que trabajaron directamente con los pacientes infectados por el virus; son una población que se ha visto afectado en su salud mental, debido a que adicional de estar expuestos a los mismos factores de estrés mental y cambios sociales que la población, los TSPL se han enfrentado a muchos retos adicionales asociados a sus roles de trabajo en la pandemia, como tener mayor riesgo personal de exposición y de exponer

A continuación, se presentan algunas de las alteraciones psicológicas reportadas en PS.

### *Trastorno de adaptación*

Los trastornos adaptativos emergen cuando la persona se enfrenta un estresor prolongado o mayor al esperado, por lo que las reacciones emocionales y conductuales se tornan persistentes y contribuyen a la aparición de síntomas de ansiedad o depresión, que generan una distorsión en la percepción de sí mismo y del mundo que lo rodea. Estos síntomas suelen aparecer durante los primeros tres meses desde el suceso estresante y desaparecen alrededor de seis meses después de finalizada la exposición.

Los trastornos adaptativos se encuentran en el límite entre la normalidad y la patología mental, es decir, que son una especie de puente entre las personas que logran adaptarse a la nueva condición y las que se sienten sobrepasadas por lo que está aconteciendo y desarrollan trastornos psiquiátricos.

Entre los síntomas y signos de los trastornos de adaptación se encuentran (Muñoz-Fernández et al., 2020):

- Sentimientos de tristeza, desesperanza o no disfrutar cosas placenteras.
- Llorar con frecuencia.
- Preocupación continúa, ansiedad y tensión mental.
- Trastornos del sueño.
- Falta de apetito.
- Dificultad para concentrarse.
- Sensación de estar sobrepasado.
- Tener dificultades para desenvolverse en las actividades diarias.
- Apartarse de las fuentes de apoyo social.
- Evitar asuntos importantes, como ir al trabajo o pagar cuentas.

- Deseos de morir o conductas autolesivas

### *Ansiedad y depresión*

La sintomatología que presentó una mayor frecuencia en el PS de diferentes países afectados se asoció a síntomas de ansiedad y depresión (Ferrán & Barrientos-Trigo, 2021; Sahebi et al., 2021).

En términos de ansiedad, los signos y síntomas experimentados se relacionaron con sensación de nerviosismo, agitación o tensión, sensación de peligro inminente, pánico o catástrofe, aumento del ritmo cardíaco, taquipnea, sudoración excesiva, temblores, sensación de debilidad o cansancio, alteraciones gastrointestinales, en el caso del personal médico, los eventos de tipo cognitivo se asociaron con la preocupación por transmitir la infección a los miembros de su familia, la escasez de equipos de protección personal, el aumento de la carga de trabajo y decisiones difíciles sobre la asignación de recursos limitados a los pacientes, lo que condujo a problemas para detener la mente o para pensar en otra cosa, necesidad de evitar la situación, pérdida de perspectiva y renuncias laborales (Ferrán & Barrientos-Trigo, 2021; Sahebi et al., 2021).

En un estudio realizado en Wuhan (China), de 1.257 profesionales de la salud, de los cuales 764 eran enfermeras, se observó que el 44,6% tenía ansiedad, destacando que la población más vulnerable correspondía a las enfermeras con puntuaciones más altas (Lai et al., 2020).

En la depresión, el diagnóstico es clínico y debe incluir un estado de ánimo, bajo, tristeza constante, ideas de desesperanza (la sensación de la inutilidad de lo que se haga), ganas de llorar, cambios de apetito, dificultad para pensar,

concentrarse, tomar decisiones y recordar cosas, síntomas corporales como astenia y adinamia. Con frecuencia pueden aparecer ideas de muerte o ideación suicida (Froessler & Abdeen, 2021). Mediavilla y colaboradores (2021), exponen que el PS expuesto a COVID-19, con depresión, el 7% informaron deseos de muerte y el 17% de una ideación suicida activa.

Los factores de riesgos encontrados en personal sanitario, cuando presentaban depresión y ansiedad, fueron: ser mujer, joven, atención a información negativa selectiva sobre la pandemia, bajos mecanismos de adaptación, insuficiente conocimiento sobre el COVID-19, estar en primera línea de contacto, falta de material en el hospital y ser enfermera (Froessler & Abdeen, 2021).

Un metaanálisis realizado por Sahebi y colaboradores (2021), en el cuál incluyeron siete estudios que clasificaban la ansiedad y depresión en personal médico bajo contexto del COVID-19, de enero a octubre del 2020, arrojaron una prevalencia global de ansiedad de 24,94% (IC 95%: 21,83-28,05, I<sup>2</sup> = 0,0%, p = 0,804) y de depresión de 24,83% (IC 95%: 21,41-28,25, I<sup>2</sup> = 0,0%, P = 0,897).

#### *Trastorno de estrés postraumático*

Se define como el desarrollo de síntomas emocionales y conductuales negativos en respuesta a la exposición a uno o varios eventos traumáticos. El cuadro clínico incluye la reexperimentación, del suceso traumatizante, como pesadillas, imágenes y recuerdos; la evitación de sitios o realidades relacionadas al hecho traumatizante, además de reacciones de terror, dolor y desinterés e hipervigilancia que afectan las respuestas la habilidad de concentrarse, presentando comportamiento irritable, furia e insomnio (Villca- Villegas et al., 2021).

En el PS se ha encontrado sintomatología de TEPT en un 23.5%, además que tanto el TEPT como la depresión resultaron estar relacionados de forma independiente con el deterioro del funcionamiento profesional y personal (Carmassi et al., 2022).

### *Burnout*

El burnout es un cuadro clínico, no clasificado pero comórbido con ansiedad y depresión, y hace referencia a una experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés introducido en marco laboral; el síndrome se caracteriza por tres componentes

- Agotamiento emocional: disminución o pérdida de recursos emocionales, donde la persona describe sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente debido al trabajo.
- Despersonalización: Respuesta fría e impersonal, con falta de sentimientos e insensibilidad hacia los individuos con los que se trabaja.
- Reducción de la realización personal: tendencia hacia la evaluación negativa del propio trabajo y una percepción de incompetencia e ineficacia profesional

En el personal sanitario, la condición de burnout ha sido una entidad que ha tenido gran prevalencia, incluso previo a la pandemia, por ejemplo, en personal de unidades de cuidados paliativos se ha llegado a reportar una 54.5% de incidencia, presentando alteraciones cognitivas y conductuales asociado a un alto grado de estrés emocional (Fernández – Sánchez et al., 2018).

Las cifras que se reportaron en la contingencia sanitaria oscilan en ese rango, de acuerdo con Macía-Rodríguez y colaboradores (2021), el 40% de los internos

que trabajan con pacientes COVID-19, presentaron burnout, entre los factores de riesgo independientes al hecho de que se encontraban el trabajo directo con pacientes con COVID-19, fueron las horas extras sin compensación, así como el miedo a infectar a los familiares.

De acuerdo con Villca-Villegas y colaboradores (2021), el burnout tiene mayor susceptibilidad de aparecer en personal de primera línea, los que están cargo del tratamiento de los pacientes con enfermedad por coronavirus y los médicos en formación.

Considerando el panorama global, la experiencia de las anteriores emergencias sanitarias epidémicas ha demostrado que la angustia durante un brote puede causar efectos psicológicos en los profesionales sanitarios como la ansiedad, el trastorno de estrés postraumático y depresión hasta tres años después del evento pandémico (Liu et al., 2012), que a su vez pueden conducir al debilitamiento del sistema de salud, con el aumento en la ideación acerca de abandonar la profesión y la jubilación anticipada (Ramírez, et al., 2021).

### **Bioética en pandemia y personal sanitario**

La bioética, es una disciplina que estudia las dimensiones de la moral, las decisiones, la conducta, las políticas de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud. Su objetivo es auxiliar y orientar sobre las implicaciones de fenómenos, donde surgen infinidad de situaciones dilemáticas (Meneses et al., 2021); su enfoque es complejo, desde una mira filosófica y socio-psico-biológico; con un campo de acción es de carácter orientador, educativo y normativo (García-Guerra & Pinto-Contreras, 2011).

Los modelos y perspectivas de la bioética son diversos, esta tesis se enfoca prioritariamente a dos modelos bioéticos: el principialismo y utilitarismo, los cuales se llevarán a un análisis hermenéutico, el principialismo forma parte de una taxonomía construida en atención a la norma, como una teoría moral deontológica, mientras que el utilitarismo trabaja desde la atención a la consecuencia (Amo-Usanos, 2019).

### ***El principialismo***

Es un modelo deontológico que ha permitido abordar la medicina moderna fuera del modelo paternalista, se basa en dar prioridad a los que se consideran más desfavorecidos en la distribución de las ventajas teniendo cuatro principios los cuales son (Sanches et al., 2020; Srinivas et al., 2021; López Vélez, 2020):

- *Autonomía*: Entendido como la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen vitalmente. Debe considerarse que todos los individuos son entes autónomos mientras no se demuestre lo contrario, respetar sus criterios, juicios, determinaciones y decisiones siempre que no perjudique a otros, y proteger del daño a los individuos no autónomos. Así como la necesidad de respetar no sólo las acciones, sino también las actitudes. Son decisiones relativas a su cuerpo y a su salud, tanto en lo que se refiere a la intervención como a la investigación.
- *Beneficencia*: Se trata de la obligación moral de hacer el bien o de actuar en beneficio de otros evaluando las ventajas e inconvenientes, riesgos y beneficios de los tratamientos y procedimientos, con el objetivo de maximizar los beneficios y disminuir los riesgos.

- *No maleficencia*: Evitar el daño físico y emocional, respetando la integridad física y psicológica en la aplicación de los procedimientos y tratamientos.
- *Justicia*: Consiste en el reparto equitativo y distributivo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios. Este principio impone límites al de autonomía, ya que pretende que la autonomía de cada individuo no atente a la vida, libertad y demás derechos básicos de las otras personas. «El principio de justicia ordena una distribución equitativa de los recursos sanitarios disponibles entre las personas que los necesitan»

En la práctica, la aplicación de los valores debe ser igualmente importante; sin embargo, al reflexionar sobre cuál es más importante de aplicar en el nivel de salud pública, considerando que su abordaje es diferencial cuando se aborda desde una individualidad o colectividad (López Vélez, 2020).

Cada uno de los principios tiene una “ponderación” o jerarquización, que permite seguirlos de manera flexible; para Beauchamp y Childress (1979), la *beneficencia* se aborda en fin del individuo, sin embargo, para Meneses y colaboradores (2021), para la toma de decisiones que se requieren para hacerle frente a una pandemia, la justicia debería ser un principio fundamental sobre los otros, porque conduce al respeto de los derechos humanos, permitiendo un trato igualitario sin preferencias hacia una población y sin discriminación por razón de género, edad, raza o condición social.

Para Gracia (2007), desde los fundamentos de la bioética, al tomarse decisiones individuales, deben considerarse prioritariamente la beneficencia y autonomía,

no así en el caso de decisiones públicas, en donde la no maleficencia y justicia son prioritarias, coincidiendo así con la ética de mínimos, base de las decisiones jurídicas.

En este trabajo, se asume que se tiene que hacer un análisis desde la globalidad, sin perder de vista los derechos humanos fundamentales, que permita entender cómo las decisiones impactaron sobre los individuos, pero a su vez, no se puede asumir que el enfoque se deba restringir, la pandemia fue un evento de orden mundial, por lo que no es adecuado ignorar la colectividad de una pandemia.

### ***El utilitarismo***

El utilitarismo lo define como aquella teoría moral basada en el principio de maximización del bienestar, que se opone a la ética principialistas proponiendo la validación o el rechazo de las decisiones con base en la evaluación de sus consecuencias y no de los motivos, valores o deberes que las preceden; el utilitarismo se concibió originalmente como una teoría liberadora progresista en la que el bienestar de todos contaba por igual, siendo una vía radical de cambio en la medicina, cuando sectores de la población estaban completamente privados de derechos o con discriminación institucional (Savulescu et al., 2020).

Los utilitaristas sostienen que maximizar lo que es bueno para todos es todo lo que hay en la moral, simplificando decisiones morales proporcionando una única medida de lo correcto: la maximización de la utilidad. En muchas situaciones esto puede ser suficiente, junto con reglas empíricas con la ayuda de las cuales se podría determinar lo que maximiza la utilidad. (Savulescu et al., 2020).

Podría decirse que, lo que importa al final es qué acción *maximiza realmente* lo que es bueno para todos, por lo tanto, una acción utilitariamente responsable,

debe resultar de un cálculo, en donde los beneficios puede entenderse como salvar el mayor número de vidas individuales y puede incluirse el salvar el mayor número de años de vida; esto implicaría brindar prioridad a los pacientes con mayores probabilidades de sobrevivir, es decir, maximizar los beneficios significa que las personas que están enfermas pero que podrían recuperarse si son tratadas tienen prioridad sobre aquellas que probablemente no se recuperen aunque reciban tratamiento y los que probablemente se recuperen sin éste (Sanches et al., 2020; Emanuel et al., 2020).

En la pandemia COVID 19, el caso de la asignación de ventilación mecánica en las unidades de cuidados intensivos el enfoque utilitarista ha sido la respuesta estándar en muchos países (Valente et al., 2021). Es la que sirve de base a la priorización de los jóvenes y adultos en detrimento de las personas mayores. Según el cálculo utilitario, las personas mayores tendrían menos tiempo de vida y, por lo tanto, menos posibilidades de disfrutar del placer, la salud o la felicidad. Sin embargo, estas pautas vinieron acompañadas de muchas críticas, una vez que implican formas inadmisibles de discriminación por edad, una violación inaceptable de la dignidad y los derechos humanos (Cesari et al., 2020).

La bioética como disciplina en la pandemia, debe tener claro las perspectivas de actuación, para que ante la complejidad de los hechos y que el conocimiento técnico pueda instrumentarse junto con una evaluación (Sanches et al. 2020).

Tanto el modelo principialista, como el utilitarismo en un panorama pandémico representaron un punto de referencia, sin embargo, la magnitud de casos y su recepción en el sistema sanitario y político, significó una necesidad ineludible de priorizar la necesidad de muchos, por lo que en esta tesis, no se expone al utilitarismo como un único modelo viable o relevante, sino como un como parte

de un sistema de respuestas funcionales por las cuales las sociedades llegaron a optar y que se requiere de un análisis hermenéutico, respecto con el modelo principialista.

### ***Dilemas bioéticos en contexto pandemia***

Siguiendo la relación de la pandemia COVID- 19 y la bioética, se presentaron una serie de alteraciones sin precedentes en los modelos establecidos de atención sanitaria, tomando en cuenta cuando todos los recursos disponibles escasean y no son suficientes para todos los afectados, se hace inevitable priorizar el acceso a los mismos, convirtiéndose en un dilema decidir quién se beneficia y quién debe esperar, estableciendo una serie de retos éticos propios de cada institución sanitaria de sus dirigentes y del personal sanitario de primera línea, que al considerar un sistema de salud semi o colapsado, los dilemas se tuvieron que resolver con las herramientas que se contaban en su momento (Caí et al., 2020; Sanches et al., 2020; Drewett et al., 2021; Meneses 2021). A continuación, se enumeran algunos dilemas bioéticos, que, ante la contingencia sanitaria, se han presentado en la literatura (Donkers et al., 2021; Friedman et al., 2021).

- i. *Ser personal sanitario de primera línea y desear ver a un familiar enfermo en casa:* El estar en contacto con un área COVID-19, supone un riesgo para el personal sanitario de contagio a si mismo o con las personas con las cuales convive, sin embargo se vuelve un dilema ético cuando algún familiar está a punto de morir por una enfermedad no infecciosa y existe una disputa entre ver a la persona bajo un riesgo de propagar un contagio, generando angustia de no saber qué es lo correcto (Drewett et al., 2021).
- ii. *Ser personal sanitario de primera línea y plantearse si debieran mantenerse en el trabajo o renunciar:* Ante la presencia inminente de

diferentes olas, se ha reportado diferentes situaciones en las cuales personal de salud tienen en casa personas vulnerables a un contagio y no hay la posibilidad de un aislamiento total, lo cual implica un riesgo constante entre exponer a la familia y continuar con el trabajo que desempeñan (Drewett et al., 2021)

- iii. *Brindar atención médica, cuando hay riesgos para el personal y las intervenciones son potencialmente no beneficiosas:* Ante comorbilidades como el cáncer, hubo pacientes cuyo manejo médico exponía al servicio de salud a un contagio y el beneficio hacia el paciente era menor o nulo (Frieddman et al., 2021).
- iv. *La limitación de los padres al acceso y presencia con sus hijos hospitalizados recién nacidos en el marco inicial de la pandemia:* Uno de los dilemas bioéticos que se expusieron fue el contagio que se puede establecer en un recién nacido y una madre con caso positivo en COVID-19 y su manejo en si pueden estar juntos madre- hijo, asimismo la presencia de los padres con niños que requirieron hospitalización en la pandemia y en especial cuando alguno de los padres ha dado positivo en COVID-19 (Goga et al., 2021).
- v. *Administración/raционamiento de servicios/recursos:* El racionamiento de los recursos se produce a múltiples niveles, que pueden ser la macro asignación (que ocurre a nivel de sociedad) y micro asignación, que se produce en contextos sanitarios como la toma de decisiones a pie de cama (Srinivas et al., 2021).

Respecto al elemento de “Administración/raционamiento de servicios/recursos”, se debe considerar que tiene varias aristas que se deben analizar, en primero lugar, se puede considerar una denegación involuntaria de tratamiento a pacientes que podrían haberse beneficiado. Asimismo, tiene diferentes niveles de complejidad, por ejemplo, ante el número limitado de pruebas PCR, se tenía

que tomar la decisión para atender a un grupo de personas que presentaban síntomas, decidiendo quién iba a recibir la prueba o ser enviado a su casa y descansar, pero la situación se complicaba, cuando la administración de suministros implicaba una serie de parámetros vitales del paciente, como era el acceso a ventiladores en terapia intensiva y la selección de quienes podían acceder (De la Fuente Piñeiro, 2021).

Otra característica en la administración y distribución de recursos es la *cualidad del recurso*, habiendo los recursos divisibles, que son los que se pueden segmentar y, por tanto, distribuir un mayor número de pacientes; por otro lado, están los recursos indivisibles, que por naturaleza no pueden ser segmentados, limitando su uso a un solo paciente (Nez-Castro et al., 2021).

Por último, un aspecto poco abordado pero que conlleva a una gran angustia, es cómo el personal de salud racionaliza su tiempo para equilibrar las necesidades del paciente y sus obligaciones no profesionales, como la responsabilidad de sus propias familias (Srinivas et al., 2021).

Ante tal panorama, los dilemas morales, un personal de salud con poca o nula preparación en la bioética, sin un espacio de consejería médica y la carga laboral con estresores propios del personal sanitario, pueden impactar fuertemente en la salud mental de quienes tienen que tomar decisiones o se enfrentan constantemente a situaciones que van en contra de sus valores.

### ***La salud mental y su relación con los dilemas bioéticos***

Un personal de salud agotado y con una salud mental deficiente, puede limitar las funciones desempeñadas profesionalmente y aumentar el riesgo de contagio y mala praxis (García-Iglesias et al., 2020).

En un marco explicativo, Fernández-Sánchez y colaboradores (2018), señalan que la exposición continua y prolongada a episodios de estrés laboral alto como lo indica, suelen presentar diversos padecimientos relacionados con el sistema anímico repercutiendo con la praxis y salud mental del personal, por ejemplo, en el síndrome de *burnout*, este podría afectar al normal *funcionamiento* de las redes neuronales implicadas en estructuras cerebrales como el hipocampo y la corteza frontal (corteza prefrontal medial y corteza orbitofrontal) que se encargan de controlar el funcionamiento ejecutivo, mismo que se relaciona con la toma de decisiones y la autoregulación de las emociones en situaciones de presión psicológica.

De acuerdo con lo reportado en la revisión de Juárez-García (2020) se encuentra una alta incidencia de síntomas asociados al componente emocional que repercuten en la funcionalidad y eficacia de la atención en el personal de salud.

El manejo en áreas de urgencia y asociado con problemas respiratorios requiere ser realizado por especialistas, sin embargo, debido a la demanda de atención, hubo que realizar ajustes que implicaban la participación de médicos y enfermeras no especialistas. Las diversas manifestaciones clínicas, la falta de algoritmos claros para el manejo o deficiente difusión de los desarrollados, la elevada mortalidad y tórpida evolución de muchos de los casos, pueden generar una sensación de impotencia, incertidumbre y frustración entre los médicos y enfermeras tratantes (Muñoz-Fernández et al., 2020).

A través de la inmediatez que supuso el COVID- 19, queda claro que hasta el momento no se ha estudiado hasta qué punto los cambios organizativos influyeron en la salud mental del personal sanitario. Sin embargo, se han ido

replanteando una serie de términos como angustia y daño morales, como un parteaguas en el deterioro de la salud mental.

### *Angustia moral*

El término de angustia moral, también denominado en la literatura como “daño moral”, se refiere como "el perpetrar, no evitar, ser testigo o conocer actos que transgreden creencias y expectativas morales profundamente arraigadas", este concepto fue empleado en el contexto de veteranos con afectaciones psicológicas emocionales en función del daño causados a su moral (Litz et al., 2009).

En la situación de pandemia, este término aparece en la literatura, como una afectación en el personal de salud que fue consecuencia de diferentes escenarios planteados, por ejemplo, cuando se considera que no se pueden ofrecer las mejores prácticas médicas habituales, aunque se tenga conocimiento de lo que es adecuado, pero se hay una limitación de alguna forma por alguna norma institucional u organizativa o percibían que no habían logrado satisfacer las necesidades de los pacientes que presentaban COVID-19 (Smallwood et al., 2022; Čartolovni et al., 2021; Donkers et al., 2021), también ante la exposición repetida a situaciones éticamente desafiantes como son los dilemas éticos (Drewett et al., 2021), o cuando son testigos de contextos, acciones y comportamientos inmorales o poco éticos graves (Čartolovni et al., 2021).

Esta angustia moral, se manifiesta con frecuencia como una preocupación, arrepentimiento, perjuicio, malestar generalizado, lo cual se asocia a un mayor riesgo a presentar ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático y burnout (Smallwood et al., 2021; Donkers et al., 2021; Drewett et al., 2021).

Asimismo, el mal manejo de la angustia moral puede llevar al personal de salud a un deterioro en su salud mental duradero, generando un ciclo donde estas enormes tensiones pueda llevar a tomar malas decisiones y cometer errores médicos que retroalimentan la sensación de ineficacia (Čartolovni et al., 202, Drewett et al., 2021).

Hasta el momento, se identifica que el personal sanitario a lo largo de la pandemia ha estado expuesto a diferentes estresores y como respuesta a éstos, se puede afectar la habilidad para prestar los servicios, distracciones en las medidas de bioseguridad (Lee, Kang, Cho, Kim & Park, 2018), con una dificultad adicional, de tener que hacer frente a diversos dilemas éticos.

## **Metodología**

### ***Pregunta de investigación***

¿Cuál ha sido el impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19) en la salud mental del personal sanitario y cuáles pudieran ser sus implicaciones bioéticas?

### ***Objetivo general***

Realizar mediante una revisión sistemática, la descripción del impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19) en la salud mental del personal sanitario e identificar su relación con las implicaciones bioéticas.

### ***Objetivos específicos***

- Analizar de forma sistemática la información disponible y emergente a partir de la crisis sanitaria SARS-CoV-2 (COVID-19) y su impacto en la salud mental en el personal de salud.
- Analizar de forma sistemática los principales dilemas bioéticos durante la pandemia y su relación con la salud mental en el personal sanitario.

- A partir de los hallazgos de la revisión sistemática, realizar un análisis hermenéutico sobre las implicaciones de elecciones de modelos y actuaciones por parte de los comités de bioética.

### ***Hipótesis***

El impacto de la salud mental en el personal sanitario en el contexto de la pandemia, por SARS COV 2 (COVID 19) se asocia con implicaciones bioéticas.

### ***Justificación***

En la actualidad la pandemia por SARS-COV2 (COVID19) ha trastocado desde su aparición diversos contextos de la humanidad, tanto a nivel personal como gubernamental. Los problemas económicos, sociales, la preocupación por la salud, el riesgo de contagio inminente al realizar actividades laborales, la implementación de medidas de bioseguridad y el autocuidado, entre muchos, tuvo una serie de consecuencias, en específico, esta investigación aborda los contextos hospitalarios, donde se presentó un aumento en la atención médica, asociado a los altos niveles de contagio, generando una serie de condiciones que pueden condicionar el uso de prácticas éticas.

Adicional a lo anterior, se debe considerar que el personal sanitario, tuvo un papel protagonista en la alta cercanía con los casos positivos de COVID-19, lo cual generó una serie de factores estresantes asociados a la angustia de contagio o de contagiar a sus seres queridos, así como las altas jornadas laborales la escasez o limitación de insumos o la alta demanda de brindar malas noticias a familiares, que consecuentemente fueron elementos que complejizaron su adecuado manejo tanto para el cuidado de los derechos fundamentales del personal sanitario como de los consultantes y sus familias.

Bajo el contexto anterior, se desprendió la necesidad de comprender en un contexto bioético que problemas se presentaron en el ámbito hospitalario y sanitario, considerando bajo que estructura se resolvieron dichos problemas y si de alguna manera la salud mental del personal sanitario tuvo una asociación con este panorama pandémico y bioético; los alcances de reconocer dichas variables, presentarían un avance en el análisis- intervención, reforzando el establecimiento de que no hay una bioética estática y que requiere estar actualizada a las demandas tecnológicas y sociales.

Asimismo, esta revisión sistemática hace hincapié en la integridad y complejidad del ser humano, considerando la salud mental como una variable que puede intersecar un manejo bioético o puede verse afectada por el mismo, arrojando a la luz un panorama de la salud mental en personal sanitario, los dilemas éticos más comunes y desde un análisis hermenéutico generar un espacio de reflexión a través de los modelos bioéticos del principialismo y el utilitarismo, siendo un precedente para realizar líneas de investigación más focalizadas y direccionadas.

## **Diseño**

### ***Método: Selección de artículos método PRISMA***

Se estableció una metodología cualitativa, se realizó una revisión sistemática del tema previamente seleccionado, utilizando un método sistemático y explícito para identificar, seleccionar y valorar críticamente la investigación relevante y para recoger y analizar los datos de los estudios que se incluyen en la revisión (Moher et al., 2009).

El criterio sistemático se realiza bajo la metodología de PRISMA- 2020 (*Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses*) que consiste en seguir un protocolo en el que se detallan los fundamentos y el enfoque metodológico y analítico a priori de la revisión. Las directrices PRISMA se componen de una lista de verificación de 27 ítems (incluyendo subítems), divididos en “título, resumen, introducción métodos, resultados y más información”, permitiendo obtener un análisis detallado, organizado y replicable de la información (Page et al., 2020).

Para la búsqueda sistemática se utilizaron los siguientes criterios.

*Criterios de inclusión:*

- Tipo de publicación: Artículos completos (full text) nacionales o internacionales.  
de investigación, resúmenes, ensayos, artículos de opinión de caso único.
- Área: Salud mental, bioética.
- Idioma: español e inglés.
- Temas que converjan en salud mental, personal sanitario, pandemia y bioética
- Tiempo: De enero del 2021 a diciembre de 2021.

*Criterios de exclusión:*

- Tipo de publicación: Aquellos que no estén considerados en revistas indexadas y que no aborden las temáticas planteadas con respecto al tema.
- Tema: No pertinentes a las temáticas buscadas
- Que no contenga conclusiones claras de los puntos abordados.
- Población: Muestras que no sean personal sanitario
- Tiempo: Fuera del rango establecido
- Otros idiomas diferentes al español e inglés.

*Búsqueda inicial*

Se inició la búsqueda considerando el periodo enero 2021 a diciembre 2021, en la base de datos PubMed, en el idioma de inglés, con los términos “healthcare staff”, “healthcare workers” “mental health”, “COVID 19” y “bioethics” “Ethics”, ampliando la combinación con los operadores booleanos AND y OR. La plataforma de base de datos arrojó todos los artículos disponibles en inglés y español (Búsqueda sistemática). Permitiendo comprobar que no se había realizado previamente una revisión sistemática de las variables implicadas en la investigación.

### *Búsqueda sistemática*

El algoritmo de búsqueda fue igual para ambas bases de datos fue (((((((((mental health)) OR (Burnout) AND (healthcare workers)) OR (healthcare staff)) AND (COVID 19)) OR (pandemic)) AND (bioethics)) OR (ethics)) OR (dilemma ethics) arrojando un total 20, 116 resultados. De los cuáles se buscó obtener resultados más específicos, con la búsqueda (((((((((mental health)) OR (Burnout) OR (anxiety) OR (depression) AND (healthcare workers)) OR (healthcare staff)) or (medical) AND (COVID 19)) OR (pandemic)) AND (bioethics)) OR (ethics)) OR (dilemma ethics) OR (decision making), generando un número de 5,032 de resultados en PUBMED.

Se aplicaron los filtros de lenguaje: español e inglés y en investigaciones con humanos y artículos de acceso libre, teniendo un total de 3, 407. Después de un análisis por título, se decidió agregar la palabra *psychology*, para poder filtrar con mayor optimización elementos de salud mental, teniendo un total de 221 resultados.

### *Búsqueda Manual*

Siguiendo los criterios de búsqueda por título se seleccionaron de manera manual aquellos artículos que por título tuvieran al menos una relación con la temática abordada, arrojando un total de 89 artículos, un segundo filtro manual, descartó aquellos artículos que no tuvieran su publicación con relación con el COVID 19, teniendo como criterio fijo y dejando un total de 40 artículos.

### ***Búsqueda Sistemática PRISMA***

La selección de artículos se definió con los siguientes criterios de inclusión y exclusión previamente descritos, a través de su análisis de título y resumen como búsqueda selectiva de palabras clave a lo largo del texto, teniendo al final un total de 22 artículos (Anexo 3).

### ***Síntesis Cualitativa y cuantitativa***

Para la síntesis cualitativa – cuantitativa, de acuerdo con el método PRISMA (n=22) se trabajará con los artículos marcados con pertinencia amarillo y verde (bajo una señalización de semáforo), que permita realizar un análisis cualitativo de cómo se ha abordado las variables de salud mental y con dilemas morales en relación con la pandemia COVID.

De los artículos seleccionados, se revisaron parámetros subsecuentes de la metodología PRISMA, clasificando el tipo de estudio, pertinencia de variables, análisis de resultados y conclusiones, que permitieron generar una visión metodológica de cómo se está abordando el tema en cuestión.

### ***Método de análisis de discusión***

Posteriormente, se realizó un análisis hermenéutico que implica la comprensión reflexiva de los resultados de la experiencia del tema central a través de la interpretación y descripción de las características particulares de los diversos

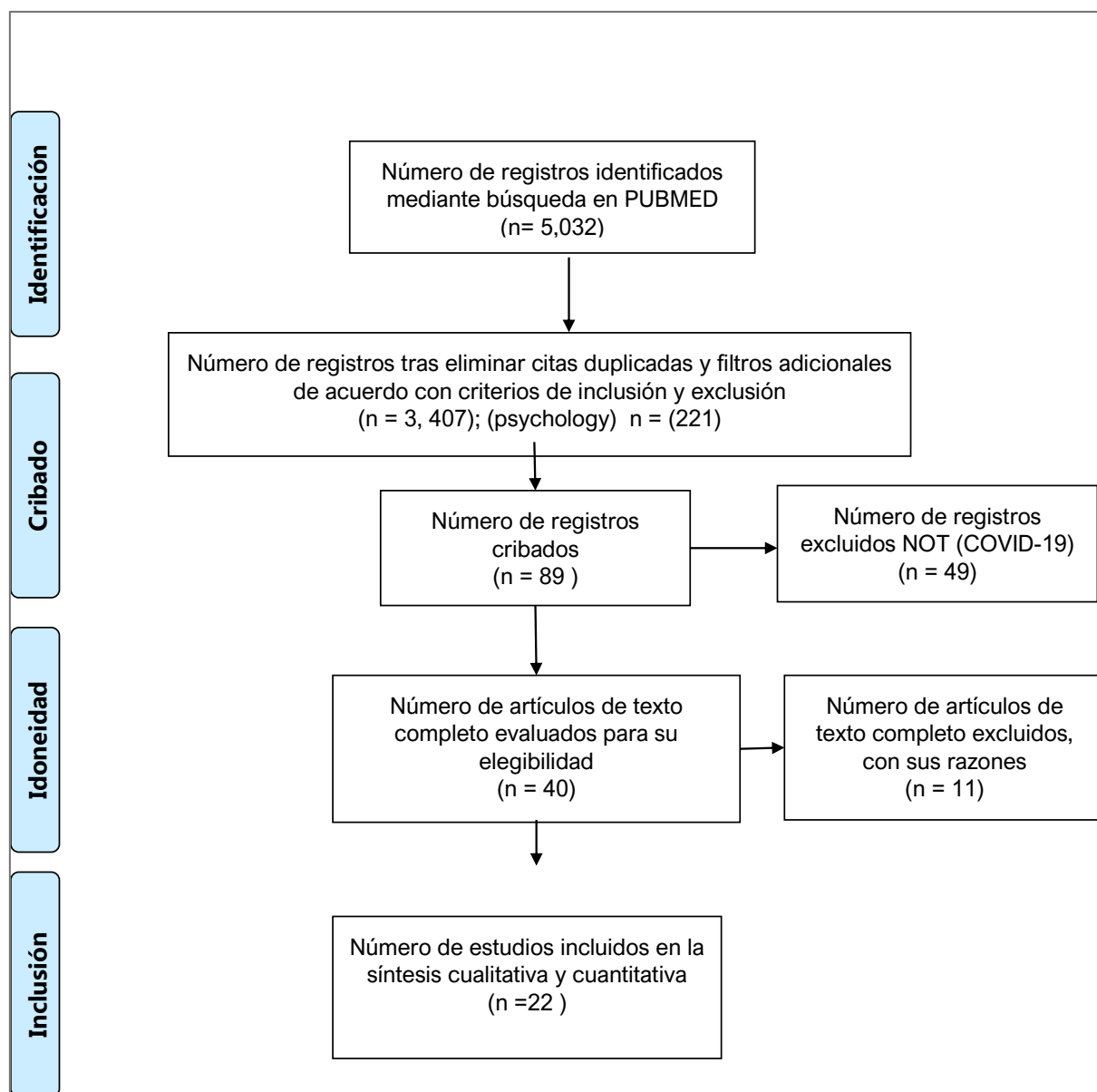
artículos. Lo anterior mediante un análisis de contenido desde la hermenéutica crítica con énfasis en el materialismo dialéctico e interpretación de textos desde el enfoque de las corrientes filosóficas principialista y utilitarista.

### **Resultados**

La revisión sistemática realizada con la metodología PRISMA, permitió una selección cuantitativa y cualitativa de la información disponible en el periodo de enero a diciembre del 2021; resultando una muestra de 22 artículos (Figura 2; Anexo 1).

Figura 2.

Diagrama de selección. Metodología PRISMA



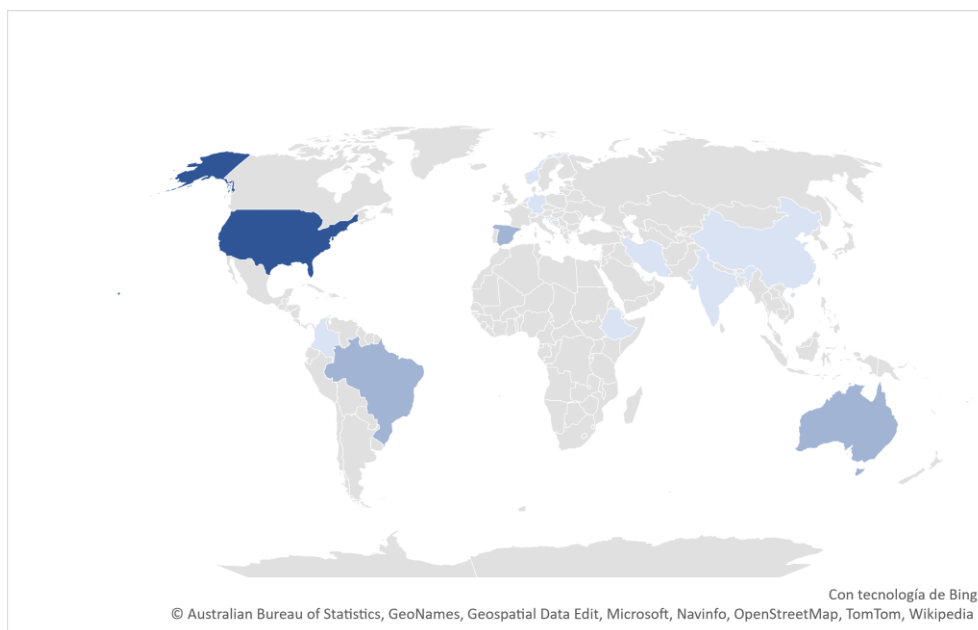
### **Descriptivos**

Los estudios seleccionados e incluidos en la revisión sistemática, fueron un total de  $n = 22$ , donde hubo una amplia distribución demográfica de la información obtenida, el país con mayor presencia fue Estado Unidos con 18.8% (Friedman et al., 2021; Hossain, 2021; Hughes et al., 2021; Thomas et al., 2021), seguido de Australia (Drewett, et al., 2021; Smallwood et al., 2021), Brasil (Oliveira

Valente et al., 2021; Prado et al., 2021) y España (Mediavilla et al., 2021; Sánchez-García et al., 2021) con una distribución de 9%, el resto de los países completan la muestra con una distribución menor. Figura 3.

Figura 3.

*Distribución geográfica de la muestra de artículos obtenidos en la revisión sistemática.*



*Nota:* Estados Unidos 18.8%; Brasil, Australia y España 9%; Alemania, China, Colombia, Croacia, Etiopía, India, India, Irán, Israel, Noruega, Países Bajos, Palestina Y Qatar 4.5%.

El enfoque metodológico más empleado fue de tipo cualitativo con un 63.63% (Camargo-Rubio, 2021; Čartolovni, et al., 2021; Drewett, et al., 2021; Gebreheat & Teame 2021; Hossain, 2021; Hughes, et al., 2021; Kooli, 2021; Valente et al., 2021; Prado et al., 2021; Rashidi et al., 2021; Sánchez-García et al., 2021; Sovold et al., 2021; Supady et al., 2021; Jia et al., 2021), a través de análisis por categorías de información, estableciendo ensayos reflexivos, análisis exploratorios y descriptivos comparativos, de entrevistas estructuradas y de foros realizados en los hospitales en el periodo de la pandemia COVID-19, en

este rubro se incluyó una revisión sistemática, la cuál es considerada por su nivel de análisis cualitativo (Gebreheat & Teame 2021).

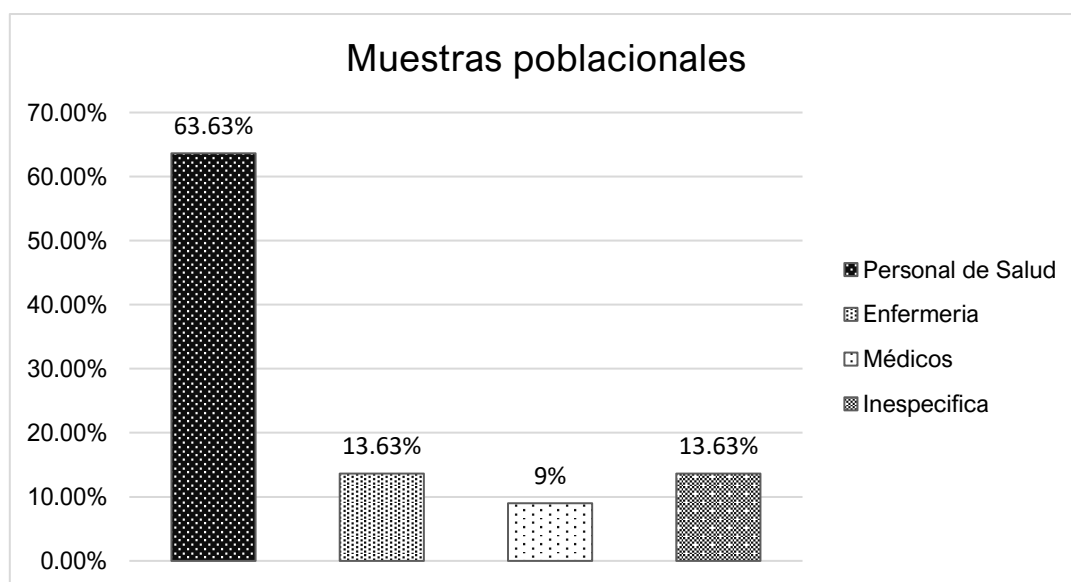
Por su parte, el enfoque cuantitativo, tuvo una representación del 18.18% de los estudios (Mediavilla et al., 2021; Miljeteig et al., 2021; Smallwood et al., 2021; Thomas et al., 2021), caracterizados por un análisis de datos correlacionales y modelos de regresión lineal; obtenidos a través de distintos instrumentos psicométricos, los cuales no tuvieron algún tipo de consistencia en las diferentes investigaciones, únicamente en dos estudios se empleó el mismo instrumento para evaluar depresión, PHQ-9= Patient Health Questionnaire (Mediavilla et al., 2021; Smallwood et al., 2021), todos los demás instrumentos presentan heterogeneidad; el resto de los estudios (18.18%) se abordaron desde un enfoque metodológico mixto (Donkers et al., 2021; Friedman et al., 2021; Maraqa, et al., 2021; Sperling et al., 2021). Respecto a su diseño, todos los artículos que se incluyeron en la revisión sistemática tuvieron un diseño de tipo transversal.

En el análisis de la población que integra las muestras, se consideró en esta investigación al “personal de salud” a todos aquellos artículos que hacían referencia a una muestra conjunta que estaba integrada por médicos y enfermeras y personal auxiliar (personal de apoyo médico, auxiliar y técnicos), teniendo 63.63% de representación (Camargo- Rubio, 2021; Donkers et al., 2021; Drewett et al., 2021; Kooli, 2021; Maraqa et al., 2021; Mediavilla et al., 2021; Miljeteig et al., 2021; Valente et al., 2021; Rashidi et al., 2021; Smallwood et al., 2021; Sovold, et al., 2013; Sperling et al. Supady et al., 2021; Thomas et al., 2021), los estudios que abordaron únicamente personal de enfermería fueron el 13.63% (Čartolovni, et al; Gebreheat & Teame, 2021; Jia et al; 2021), el 9%

de los artículos se enfocó específicamente a médicos (Friedman et al., 2021; Prado et al., 2021); para el personal auxiliar no hubo algún artículo que los considere como población objetivo de estudio; por último los análisis reflexivos se manejaron como muestra inespecífica debido a su abordaje con una representación de 13.63% (Hossain, 2021; Hughes, et al., 2021; Sánchez-García et al. 2021). Grafica 1.

Grafica 1.

*Representación de las muestras analizadas en la revisión sistemática.*



*Nota:* El personal de salud se clasificó en aquellos artículos que mencionaban en conjunto médicos (as), cuerpo de enfermería y/o auxiliar. La muestra clasificada como inespecífica, se catalogó como aquella que se abordaba desde análisis reflexivos de tipo cualitativo.

Respecto a la variable de salud mental, el 59% de los estudios abordaron esta variable ya sea de manera directa, como dominio directo de investigación (Čartolovni et al., 2021; Donkers et al., 2021; Hughes et al., 2021; Maraqa et al., 2021; Mediavilla et al., 2021; Miljeteig et al., 2021; Smallwood et al., 2021; Sovold, et al., 2021; Sperling et al., 2021; Supady et al., 2021; Thomas et al., 2021), e indirecta, como en discusiones, hallazgos e implicaciones (Hossain, 2021; Rashidi et al., 2021).

Dentro de los tópicos implicados en la salud mental, con un 61% la angustia moral (*mora distress*), fue una de las variables más comunes en la búsqueda, considerando una relación estrecha del concepto cuando se aborda desde la bioética, siendo una afectación emocional o de malestar psicológico asociado a una inadecuada gestión y resolución de dilemas bioéticos asociados a la pandemia COVID-19 (Čartolovni et al., 2021; Donkers et al., 2021; Hughes et al., 2021; Mediavilla et al., 2021; Rashidi et al., 2021; Smallwood et al., 2021; Sovold, et al., 2021; Thomas et al., 2021) los tópicos que se abordaron de forma secundaria o asociativa a la angustia moral fueron la ansiedad, depresión y estrés.

Dentro de los hallazgos asociados a la angustia moral, el cuerpo de enfermería fue una de las poblaciones sanitarias que se reportaron con mayor angustia moral (Lai et al., 2020; Čartolovni et al., 2021; Drewett et al., 2021; Donkers et al., 2021; Gebreheat & Teame et al., 2021).

### ***Comprobación de hipótesis***

La revisión sistemática permitió confirmar la hipótesis establecida, la cual conjuga el impacto de la salud mental en el personal sanitario en el contexto COVID 19 y sus implicaciones bioéticas propias de este contexto. Dentro de las implicaciones más reportadas que generaron un espacio de angustia moral fueron:

#### **Principio de Beneficencia y autonomía**

- a) Se encontró angustia en la realización de profesión por miedo a contagiarse de COVID-19, enfermar y contagiar a sus familiares, “Cuidar a los pacientes en lugares peligrosos o aceptar mis derechos y

responsabilidades de cuidar de mí mismo y de mi familia”, así como el salir y ser un riesgo para la comunidad (Gebreheat & Teame, 2021; Kooli, 2021; Valente et al., 2021; Smallwood et al., 2021; Sovold et al., 2021; Supandy et al., 2021).

### **Principio de no maleficencia**

- b) La angustia de tener poca preparación médica para confrontar los retos que implicaba la atención a usuarios en zona COVID-19, así como la ambigüedad en los estándares de cuidado y protección, los roles de actuación inciertos (principalmente en el equipo de enfermería), cambio de áreas de trabajo, percibían ser poco apreciados con una distribución injusta, alta y ambigua en el trabajo como el establecimiento de horas extras, teniendo implicaciones directas en el principio de no maleficencia y autonomía; este problema se presentó en diversos países, sin distinción, de manera frecuente (Friedmann et al., 2021; Hughes et al., 2021; Jia et al., 2021; Maraga et al., 2021; Mediavilla et al., 2021; Miljeteig et al., 2021; Prado et al., 2021; Rashidi et al., 2021; Smallwood et al., 2021; Thomas et al., 2021).
- c) El reto de aplicar el principio de proporcionalidad, sobre los riesgos para el personal cuando las intervenciones son potencialmente no beneficiosas, por ejemplo, cuando debían presentar cuidados con poco o ningún beneficio para los pacientes y con alto riesgo para el personal (Friedman et al., 2021; Hossain et al., 2021).
- d) La necesidad de adoptar e incluir capacidades normativas de la bioética para informar y orientar al personal de salud a través de sistemas académicos que respalden una educación para optimizar el beneficio de

las prácticas en bioética, tanto en estudiantes., como profesionales médicos y comités de ética hospitalaria con el objetivo de generar una identidad profesional en bioética. (Camargo et al., 2021; Hossainq, 2021; Hughes et al., 2021; Sovold et al., 2021).

### **Principio de Justicia**

- e) Equipos y recursos limitados o escasos, que contribuye a una asignación de recursos o compensaciones que tiene que hacer, generando toma de decisiones forzadas, en elegir a quién se le asignará el recurso necesario y como gestionarlo de la mejor forma posible (Gebreheat & Teame et al., 2021; Kooli et al., 2021; Valente et al., 2021; Smallwood et al., 2021; Sovold et al., 2021; Supandy et al., 2021).
- f) La complejidad que implicaba brindar un inadecuado o pobre apoyo emocional para los pacientes y sus familias, por ejemplo, no permitirles que tengan una despedida por las zonas COVID o la pronta incineración complicaba un duelo digno, debido a las restricciones propias de la pandemia o por la preferencia de los intereses públicos, sobre el cuidado individual (Donkers et al., 2021; Gebreheat & Teame, 2021; Rashidi et al., 2021; Jia et al., 2021; Smallwood et al, 2021), únicamente un estudio reportó como dilema ético la actuación del personal de salud, ante la preocupación por la seguridad pública, ante la solicitud de alta en contra del consejo médico y si se debía avisar a las autoridades de salud pública en el caso de pacientes que amenazaran con irse en contra del consejo médico (Friedman et al., 2021).
- g) Poca atención óptima a los pacientes en zona COVID-19 y de consulta externa, debido a restricciones organizativas, como la suspensión de

servicios de no emergencia, lo que llevaba a una privación de los derechos de acceso a la salud, así como el pobre cuidado al profesional (necesidades de gestión emocional y atención a sus propias familias) y los requerimientos de uso de equipo de protección eran demasiado costosos en tiempo, lo que ponía en riesgo la calidad de atención a los pacientes, así como un clima ético no certero (información no certera, frustración con líderes organizacionales), un sistema sanitario colapsado, sin políticas legislativas y percepción de esfuerzos de comunicación deficiente por organizaciones gubernamentales en fomento de medidas de bioseguridad (Donkers et al., 2021; Hossain, 2021; Kooli, 2021; Jia et al., 2021; Supandy et al., 2022).

### **Principio de autonomía**

- h) La decisión sobre si los proveedores permanecerán y cumplirán con sus deberes en tiempos de emergencia depende de su propia evaluación de riesgos y sistema de valores, siendo un dilema ético la preferencia de evitar atender a un paciente con infección (Hughes et al., 2021; Maraga et al., 2021; Sperling et al., 2021).
- i) Cuando los pacientes se encontraban en un estado crítico de salud (utilización de ventilador u instrumentación obstructiva respiratoria) y eran incapaces de comunicarse eficazmente, lo que les impedía elegir planes de tratamiento, yendo en contra del principio ético de autonomía; así como la elección en ocultarles información importante a los pacientes, para no empeorar su estado de salud (Gebreheat & Teame, 2021; Jia et al., 2022).

Tabla 3

*Principales implicaciones bioéticas por parte del personal sanitario encontradas en la revisión sistemática.*

<b>Tópico/ problema</b>	<b>Autores</b>	<b>Países</b>	<b>Principio bioético</b>	<b>Frecuencia</b>
Miedo a contagiarse y enfermar, de asistir a casa con el riesgo de contagiar a su familia y comunidad.	Donkers Gebreheat & Teame Prado, Smallwood Sperling Hossain Rashidi Sperling Supandy	Países Bajos, Etiopia, Brasil Estados unidos Australia, Australia, España, Israel, Alemania	Principio de beneficencia autonomía	9
Falta de preparación médica y bioética. Ambigüedad en los estándares de cuidado y roles de actuación o cambio de área de trabajo.	Friedmann Hughes Jia Maraga Mediavilla Miljeteig Prado Rashidi Smallwood Thomas	Estados unidos, Estados Unidos, China, Palestina, España, Noruega Irán, Australia Estados Unidos	Principio de no maleficencia	8
Equipos y recursos limitados que conlleva a una toma de decisiones forzada de asignación de recursos	Gebreheat & Teame Kooli, Valente, Smallwood Sovold Supandy	Etiopia, Qatar, Brasil, Australia, India, Alemania	Principio de justicia	6
Angustia por percepción de brindar poco apoyo emocional a pacientes / familias. No permitir a los pacientes o familiares una despedida, duelo digno o cumplir con sus deseos por las condiciones sanitarias.	Čartolovni, Donkers I. Gebreheat & Teame Jia Smallwood	Croacia, Países bajos, Etiopia, China, Australia	Principio de beneficencia/ Justicia y autonomía	5
Angustia por preferencias de los intereses públicos sobre intereses del cuidado individual (frustración con líderes organizacionales).	Donkers Hossain Rashidi Supandi	Países bajos, Alemania*, Irán, Alemania	Principio de beneficencia y Justicia	4

Necesidad de ampliar programas curriculares para una identidad profesional en bioética.	Camargo Hossain, Hughes; Sovold	Colombia, Alemania*, Estados Unidos, India	Principio de no maleficencia y justicia	4
Abandono de profesión, no estar dispuesto a laborar en pandemia.	Hughes Maraga Sperling	Estados Unidos, Palestina Israel	Principio de autonomía	3
Intervenciones que no son beneficiosas, brindar cuidado, aun cuando el riesgo personal superara el beneficio para el paciente.	Friedman Hossain	Estados Unidos, Alemania*	Principio de no maleficencia	2
Ocultarles información para no empeorar su estado de salud (desesperanza).	Gebreheat & Teame Jia	Países bajos China	Principio de autonomía	2
Dificultades de equilibrar la investigación y las prioridades clínicas	Drewett,	Australia	Principio de justicia	1

De acuerdo con los resultados que abordan las principales implicaciones bioéticas (Tabla 3), los problemas enunciados no pueden establecerse desde un espacio geográfico concreto, debido a que la mayoría de los artículos son estadounidenses (Friedman et al., 2021; Hossain, 2021; Hughes et al., 2021; Thomas et al., 2021), por lo que puede dar una equívoca impresión de la distribución de problemas bioéticos, así mismo, hay artículos donde el país de origen no corresponde con la población de análisis, adicional a lo anterior, se vuelve difícil hacer un análisis categorial por región, debido a que todos los artículos analizados abordaron más de un principio o valor moral.

Respecto a los artículos que señalan el uso o manejo del utilitarismo, siguiendo el método de análisis, se encontró un espacio de angustia moral cuando se tenía que aplicar el principio de proporcionalidad, sobre los riesgos para el personal cuando las intervenciones son potencialmente no beneficiosas, sin recurrir a

medidas que pudieran salvaguardar al personal médico, por ejemplo, una selección guiada desde los valores pero que permitiera *maximizar* (Friedman et al., 2021), en la revisión sistemática de Valente y colaboradores (2021), señalan que países como Noruega, Israel, Alemania, Reino Unido, Francia, Países Bajos, se basaron en la primera etapa de la pandemia en TRIAGE, que permitían clasificar en etapas a los pacientes con relación a los recursos disponibles, en la última fase en cual no había recursos disponibles como camas con ventilador se aplicaban criterios utilitaristas y por último se sostiene que desde el utilitarismo, la maximización de beneficios, debe incluir salvar más vidas y más años de vida y en la asignación de recursos, pacientes que no puedan acceder un tratamiento, deben ser tratados con cuidados paliativos (Prado et al.,2021 & Sanchez – Garcia, 2021).

### **Discusión**

A través de una revisión sistemática, se logró reconocer salud mental del personal sanitario ante el panorama de la pandemia COVID-19 y sus diversas implicaciones bioéticas. Los resultados se obtuvieron de una selección de artículos que comprenden el periodo de enero del 2021 a diciembre de 2021, en el cual convergen variables asociadas a la salud mental y la bioética.

Una amplia proporción de los estudios corresponden a un enfoque de investigación cualitativo, que a través de entrevistas semi estructuradas, cuestionarios, análisis de contenido de foros, se realizaron análisis reflexivos y ensayos, revisiones narrativas; esto se puede explicar a partir de la priorización de necesidades vs investigación y los recursos de tiempo. La inmediatez de la situación dio lugar a un cuerpo de información basado en la fenomenología que ocurría en el ambiente hospitalario, así como la creación de foros y espacios de

análisis rápido de información (Camargo- Rubio et al, 2021, Drewett, et al., 2021; Hossain et al., 2021; Hughes et al., Kooli et al., 2021; Sovold et al., 2021; Supady et al., 2021; Jia et al., 2021).

### ***La bioética: Un elemento esencial en salud mental***

La bioética como disciplina es inherente a la atención de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida, a la luz de valores, principios morales y derechos humanos, lo cual permite y busca la integridad del humano y con ello una estrecha relación en lo que concierne a un amplio concepto que es la salud (Mendoza et al., 2016; Morais & Monteiro, 2017).

Bajo el panorama de la contingencia sanitaria, el personal sanitario estuvo bajo presión de diferentes contingencias hospitalarias que incluían situaciones personales, sanitarias e institucionales (Muñoz – Fernández et al., 2020; Jonsdottir et al., 2021; Forner-Puntonet et al., 2021), qué de forma empírica, se observa una alta vulnerabilidad en este grupo de trabajo; desde la bioética la vulnerabilidad es una condición adquirida por diferentes dimensiones sociales y culturales que violenta la integridad personal, la autonomía, el libre albedrío y el bienestar psicológico (Morais & Monteiro, 2017).

En consecuencia, es fundamental abordar que dentro de los hallazgos más significativos de la investigación fue la *angustia moral*, recordando que es un término asignado a aquellas acciones de perpetrar, no evitar, ser testigo o conocer actos que transgreden creencias y expectativas morales profundamente arraigadas (Litz et al., 2009), y que se hizo referencia en la literatura, cuando se entrelazaron las directrices de salud mental y el resultado de diversos escenarios que en ocasiones privan, disminuyen la libre elección del cuerpo médico ya sea por protocolos institucionales, ausencia de recursos o situaciones ambiguas que

llevaban a dilemas morales con un bajo acompañamiento de espacios normativos de bioética (Čartolovni et al., 2021; Donkers et al., 2021; Hughes et al., 2021; Mediavilla et al., 2021; Rashidi et al., 2021; Smallwood et al., 2021; Sovold, et al., 2021; Thomas et al., 2021).

En este sentido, la angustia moral tuvo como consecuencia un amplio impacto en la salud mental, debido a ser un factor que propicia y desencadena condiciones agudas como el agotamiento emocional, sentimientos de culpa, despersonalización, angustia, inconformidad laboral e institucional, percepción que no tienen un manejo o control en su vida profesional o dudar de continuar ejerciendo (Swallowwood., 2021), dichas condiciones al mantenerse y establecerse de forma crónica aumenta la probabilidad de cometer errores y de ser diagnosticados con trastornos de ansiedad o depresión (Wang et al., 2022), por lo tanto, también se puede abordar y comprender la angustia moral como la obstrucción parcial de la autonomía, sintiéndose obligados por las circunstancias y por designación de autoridades sanitarias a realizar acciones que consideran que perjudican a las personas que se les ha puesto a su cuidado, así como tener una limitación en la actuación desde el principio de beneficencia (Kopacz et al., 2019).

La angustia moral, debe ser manejada como un cimiento que permita comprender y justificar los dilemas morales como un factor que está impactando el bienestar psicológico del personal sanitario, desde la bioética clínica, el personal médico/de enfermería es un elemento central que regula y procura la salud y dignidad de otro ser humano, desde este punto de vista, un sentido y convicción pobre de actuación hacia el cuerpo de salud promovería las malas prácticas éticas debido a una mayor dificultad en focalizar y realizar una labor

hospitalaria, teniendo una mayor probabilidad a cometer mala praxis o errores médicos, problemas de comunicación con pares o pacientes debido a que la angustia moral mal manejada conduce a un malestar genuino, en consecuencia, una mayor probabilidad a cometer errores y malas prácticas clínicas (Froessler & Abdeen, 2021).

### ***El cuerpo de enfermería como grupo en situación de vulnerabilidad***

En correspondencia con las muestras analizadas, la revisión sistemática mostró al cuerpo de enfermería fue un grupo sumamente afectado en angustia moral, en comparación con los médicos o personal auxiliar en primera línea COVID-19 (Lai et al., 2020; Čartolovni et al., 2021; Donkers et al., 2021; Gebreheat & Teame et al., 2021).

Para Morais y Monteiro (2017), en una revisión sobre la vulnerabilidad y diferentes ejes de la bioética, señalan que de manera universal todos estamos expuestos de manera imperativa a la vulnerabilidad, sin embargo, bajo diferentes aspectos circunstanciales las personas tienen una mayor probabilidad de presentar diferentes daños a su dignidad humana, calidad de vida, acceso a recursos humanos fundamentales, recursos naturales, acceso a servicios básicos, por lo que se reconoce la vulnerabilidad como estado circunstancial, pero que idealmente, debería ser una condición no permanente, por lo tanto, sería conveniente aclarar que el personal de enfermería ha estado en una *condición* de vulnerabilidad.

Las condiciones que vulneraron al cuerpo de enfermería en su bienestar e integridad, fue que su trabajo demandó un tipo de cuidado directo y constante con el enfermo, la administración continúa de medicamentos, la poca

disponibilidad de material de protección, así como la carga emocional que supone ser el puente de comunicación entre paciente/ familia en el proceso de despedida y muerte en las condiciones de COVID-19 (Sperling, 2021).

Agregado a las tareas que les demanda su profesión, se ha reportado que el cuerpo de enfermería presentan con mayor frecuencia una “tensión ética”, la cual se presenta cuando diversas obligaciones profesionales giran en torno a ciertos principios pueden entrar en conflicto y es necesario determinar cuál o cuáles de ellos tienen prioridad; por ejemplo, muchos enfermeros que no estaban capacitados sentían angustia por brindar una atención que pudiera ir en contra de la no maleficencia y esto a su vez los ponía en un dilema o situación impuesta que iba en contra del principio de autonomía o bajo el rol de cumplimiento de expectativas, se sentían obligados a cuidar y proteger, incluso sobre su propia vida, teniendo un estrés agudo de no tener el derecho a negarles la atención a pacientes con cuadro de COVID -19, situación que viola los derechos humanos fundamentales de autonomía (Sperling, 2021).

Adicional con lo anterior, la ambigüedad de roles con el cuerpo médico, hacia que el cuerpo de enfermería tuviera que realizar actividades médicas que no le correspondía y tener mayor exposición con el paciente COVID-19, la ambigüedad de roles interfería con las expectativas de comportamiento, las responsabilidades y la afiliación; cuando el personal médico no desempeña el papel que se espera, el cuerpo de enfermería puede sentir que su trabajo no es respetado, tener confusión en su actuar y ante situaciones que le competen al médico, sentir una angustia moral (Jia et al., 2021).

Considerando que la protección de los derechos humanos y las nociones de vulnerabilidad y desigualdad están especialmente vinculadas (Ñique Carbajal,

2020), la reparación implica un espacio de retorno a la igualdad, en el caso del cuerpo de enfermería, las acciones de reparación no deben interferir en su ejercicio de autonomía y dignidad, sobre todo si estuvieron expuestos a situaciones tan complejas que se pudieran considerarse espacios de trauma o daño moral, con el fin de impedir que su vulnerabilidad sea transformada en una lesión a su integridad o que se vuelva una condición permanente (Morais y Monteiro, 2017).

### ***La institución como parte de la angustia moral***

La revisión sistemática, permitió considerar el factor institucional en la gestión de la angustia moral, que bajo definición, de que tiene su aparición cuando el médico reconoce sus funciones y actuación dentro de los parámetros de la bioética, donde muchos de los problemas ético-clínicos no provienen directamente de la relación profesional de la salud-paciente, sino de problemas institucionales y los problemas éticos planteados por las políticas y sistemas de salud y más cuando la organización da por sentado que siempre estarán a la altura de las circunstancias brindar una atención segura, sin algún tipo de evaluación de recursos y ética (Hossain, 2021; Hughes et al., 2021).

Miljeteig y colaboradores (2021), fueron el único estudio con un reporte de bajos niveles angustia moral y consiguiente mejor salud mental en el personal de salud, de acuerdo con sus hallazgos, los mecanismos de apoyo, como conversaciones con compañeros, la familia y los amigos, la atención de los gestores de estrés y las directrices para el establecimiento de prioridades *durante* la pandemia, fueron estrategias efectivas, así como el respaldo de las estructuras colegiadas y gerenciales existentes y discusiones con colegas y el recibir retroalimentación e

información de los directores que escucharon y actuaron según los comentarios como un respaldo del actuar ético.

Complementariamente, se resalta que variables como la violencia y el aislamiento por parte de la comunidad social al personal de salud durante la pandemia fue un factor de riesgo que atentaba en contra de su salud mental, sus derechos fundamentales de autonomía y libre deambulaci3n e integridad humana (Cuadra-Martínez, 2020 Rojas-Gualdr3n et al., 2020 Cai et al., 2020), mientras que, el personal de salud que percibía un apoyo social, experimentan menores sntomas de ansiedad, depresi3n y mayor realizaci3n personal (Smallwood, 2021) y que por lo tanto, requieren una intervenci3n psicol3gica m3s breve (Forner-Puntonet et al., 2021).

La bioética de intervenci3n o intervencionista, asume el compromiso de brindar una especial atenci3n a la persona en situaci3n de vulnerabilidad, asumiendo que debe ser un estado transitorio y no una condici3n permanente, en este sentido, la disminuci3n de brechas o desigualdades sociales, por medio de acciones encaminadas a la concientizaci3n de las acciones llevadas por el personal de salud que en situaciones futuras disminuya el estigma y la discriminaci3n (Le3n- Correa, 2009; Morais & Monteiro, 2017). Esto a su vez, sería una acci3n encaminada al involucramiento de las personas en los sistemas de salud, que contribuye a salir del cuidado paternalista hacia las personas, involucrando a cada persona como parte de una comunidad activa en su cuidado, lo que permite y contribuye al establecimiento de un paradigma de comunidades responsables y gestionables, que, como uno de los resultados esperados, sería la disminuci3n del colapso de los sistemas de salud.

Considerando la anterior reflexión, la bioética debe afrontar la promoción de la ética institucional, se ha argumentado que la calidad en la formación profesional no puede ser separada de los intereses y valores que regulan la actuación profesional ni institucional (García-Guerra & Pinto-Contreras, 2011), por lo que la integración y supervisión de materias de bioética en la formación profesional del personal de salud, impactaría en un mejor manejo de dilemas morales que pueden causar angustia y por lo tanto un mejor manejo de la salud mental.

Asimismo, la evidencia de la revisión sistemática, reconoce la necesidad de intervenciones psicológicas en proveedores de atención en la pandemia, *posterior* la pandemia, para disminuir los cuadros de trauma encontrados (Hossain, 2021); Por su parte, Sovold (et al., 2021), argumenta que el manejo psicológico en etapas posteriores a la pandemia para la reducción de angustia moral debe ser tomado como una preocupación de la salud pública, siendo una amenaza en la prestación de atención de calidad. Drewett (et al., 2021), sugiere que será de vital importancia dotar al personal de una mejor comprensión de las fuentes de angustia emocional y específicamente de la angustia moral y proporcionar un marco para procesar estas experiencias.

Dentro de las consideraciones de actuación, se encuentran la promoción de programas de detección y prevención, considerando que hay profesionales de la salud que pueden presentar dificultades para solicitar ayuda, por lo que la supervisión en salud mental debe ser una herramienta en contingencias sanitarias (Forner et al., 2021).

Las líneas de intervención que se proponen en el manejo del personal de salud, parte de la evidencia científica que ha demostrado que los profesionales de la salud cuando hacen uso de un apoyo psicológico integral tienen un mejor manejo

profesional y personal (Cuadra- Martínez, 2020 Ferrán et al., 2021; Forner et al.,2021:

- Brindar dentro del ambiente hospitalario rutinario, un espacio para respiración profunda de cuatro a cinco minutos, incluyéndola como pauta antes o después del trabajo, siendo una estrategia comprobada que disminuye el estrés percibido y la ansiedad, debido a que los ciclos de respiración estimulan el vagal y activan el sistema parasimpático.
- Disminuir el estigma asociado a la incomodidad o revelación emocional, normalizando sentimientos como estrés, tristeza y dolor; promover las intervenciones psicológicas breves y/o primeros auxilios psicológicos que disminuya la intensidad y prevenga la cronicidad de aquellos ellos síntomas y sean un amortiguador del malestar emocional, considerando que ante la sobrecarga y exigencia de la situación sanitaria.
- Fomentar el contacto con familia y red de apoyo a través de medios no presenciales, distribución de roles justos y horarios definidos (Cuadra- Martínez, 2020; Ferrán et al., 2021).

El énfasis en la competencia ética de los profesionales está íntimamente ligada con la calidad de cuidado del paciente, incorporando la identificación de asuntos morales y proporcionando la deliberación y consenso de un contexto pluralista sin dejar de lado el espacio clínico, permitiendo trazar fronteras entre la relación paciente/familia/ profesional de salud; estos esfuerzos se pueden lograr estableciendo fundamentos, guías y principios éticos que deben orientar la organización, administración, operación y financiamiento de un sistema de cuidado de la salud (Frontera Roura, 2009).

En consiguiente, se situaría a los profesionales de la salud con mayor capacidad de responsabilidad de preservar o restaurar la integridad de los pacientes. Sobre todo, considerando el deber de promover los intereses de los pacientes, reforzando sus derechos fundamentales (basados en la dignidad y los derechos humanos) y respetar sus elecciones y su historia de vida (Morais & Monteiro, 2017), aún en situaciones emergentes y contundentes como lo fue la pandemia.

Esta revisión sistemática resalto un área de oportunidad para que los esfuerzos vayan encaminados al cuidado e identificación de estresores, en el establecimiento de recursos y protocolos de acción en función de la protección salud mental (Saran et al., 2020; Forner et al., 2021).

### ***Análisis hermenéutico***

Siguiendo la técnica de interpretación hermenéutica de textos y después de la aplicación de un proceso dialéctico entre las partes y el todo del texto para lograr una comprensión adecuada del mismo (círculo hermenéutico), se puede reconocer que la pandemia COVID-19, tuvo un contexto histórico-cultural específico y particular, poniendo sobre la mesa la alta *conectividad* que tiene el mundo y su manifestación en una globalización, con el uso de tecnologías como el internet, permitió una virtualidad social y laboral, además de una amplia comunicación entre diferentes países para compartir y actualizar recomendaciones médicas esenciales para disminuir el número de casos y defunciones.

No obstante, hay algunas pautas de confrontación que se mantuvieron durante pandemia, como la desigualdad social y pobreza que se reflejó en el acceso diferencial en atención a la salud y recursos disponibles, los sistemas de salud deficientes o con facilidad de colapso, la corrupción, así como las complejidades

particulares que surgen en los brotes infecciosos, como lo son las decisiones que se deben tomar de manera urgente.

La toma de decisiones en función de la asignación de recursos materiales y humanos fue un punto focal en dónde se sustentaron y desarrollaron diferentes conflictos o dilemas bioéticos; se reconoce que este problema estuvo presente a nivel mundial y que diferentes órganos internacionales como la Organización Mundial de Salud, junto con la Organización Panamericana de la Salud, brindaron recomendaciones de actuación ante la problemática señalada. Una de las recomendaciones brindadas fue el “salvar el mayor número de vidas posibles” que pareció entablar un esquema utilitarista cuando señalan (OMS; 2020):

*“Salvar el mayor número de vidas posible: criterio básico que implica priorizar a los que están en mejores condiciones clínicas para sobrevivir al tratamiento frente a aquellos que pueden no recuperarse, incluso con el tratamiento.”*

Además, la organización enfatizó en la atención de pacientes no recuperables, estos mismos debían recibir cuidados paliativos, cuando no era posible proporcionales un tratamiento médico. Los pacientes debían ser atendidos sin discriminación de edad, origen, religión orientación sexual, recursos económicos u otros criterios (OMS, 2020).

Sin embargo, cuando estas recomendaciones fueron trasladadas a un espacio de práctico, el personal sanitario, utilizando los criterios de análisis de pronóstico, con el objetivo de aumentar el número de vidas salvadas junto con la esperanza de vida de los salvados, en ocasiones se veían ante decisiones complicadas, en el que el personal de salud presentaba malestar y angustia (De la Fuente Piñeiro et al., 2021).

Y de manera complementaria, manifestaban una afinidad mayor con un esquema principialista, presentando “consuelo/comodidad” en un ámbito de igualdad, tomando en cuenta en que todo paciente tiene derecho u oportunidad de un tratamiento óptimo y apelando a dar prioridad a pacientes menos favorecidos, incluyendo aquellos que no tenían posibilidad de sobrevivir, aun cuando los recursos se encontraban un abastecimiento crítico (Sperling, 2021). Por tanto, se presentaron numerosos conflictos de valores, como: Justicia/autonomía, Autonomía/beneficencia, Justicia/beneficencia/maleficencia.

Se pueden comprender por diferentes razones, porque se presentó una angustia en el personal sanitario cuando se solicitaba una *maximización*, como lo refiere Gracia (1999), la bioética por mucho tiempo se ha entendido dentro de la relación médico- paciente desde la beneficencia, además que se asume para los profesionales como un compromiso ético y moral hacia la individualidad del ser humano (Sánchez – García et al., 2021).

Asimismo, se podría argumentar que el uso del utilitarismo en un momento crítico de la pandemia, va en contra de los principios éticos fundamentales, cuando se abre una *excepcionalidad extrínseca*, es decir que las condiciones éticas que se aplicaban en circunstancias “normales” ya no pueden utilizarse, abriendo un espacio cuestionable sobre cómo se le está brindando la atención al interés individual de la persona, donde la experiencia de los individuos es sacrificada por un bien mayor (Ten Have, 2022).

Ñique- Carbajal (et al., 2020), ante el manejo en pandemia, señala al enfoque utilitarista de la siguiente manera:

*Hubo adopción de posturas reduccionistas tanto lineal como horizontal con supuestos teóricos provenientes de una sociedad invadida por el bienestar y el utilitarismo que pronto hacen olvidar los deberes fundamentales sin intervención de ningún comité de ético-hospitalario para redireccionar las acciones, reclamar guiar y asesorar (p. 262).*

Asimismo, Ten Have (2022), señala que el enfoque utilitarista puede promover un enfoque paternalista, dando a los expertos, en este caso a los especialistas de cuidados intensivos, la primera y última palabra en la toma de decisiones.

Siendo más específicos, atendiendo a una de las aristas que parecen ser fundamentales, bajo el principio del bien común, el cual permite justificar algunas decisiones a nivel poblacional en que se pueden restringir ciertos derechos, como la libre circulación, encontrando que únicamente un estudio reportó como un dilema ético del personal sanitario, la preocupación por la seguridad pública, ante la solicitud de alta en contra del consejo médico y si se debía avisar a las autoridades de salud pública en el caso de pacientes que amenazaran con irse en contra del consejo médico (Friedman et al., 2021), donde pareciera que había una serie de angustias sesgadas al individuo que a la globalidad, por parte del equipo médico.

Ante tal panorama, el utilitarismo tuvo que enfrentar un análisis sobre su rol en la pandemia y cómo se insertaba en los espacios de una bioética que vela por los derechos humanos.

Uno de esos análisis, se ha abordado desde la bioética de Intervención, que si bien es un modelo que exhibe y se centra en espacios de interculturalidad y multiculturalidad como respuesta a el principialismo y como defensa de las

comunidades, pone en manifiesto algunos puntos fundamentales sobre el utilitarismo y algunas limitaciones del principialismo, cuyos principios no son pretendidamente universales y no son suficientes en diferentes contextos de macro problemas en la salud pública, considerando que se deben incorporar otros elementos como la cooperación, vulnerabilidad social y la equidad (Rivas-Muñoz et al., 2015).

Cuando la bioética intervencionista entra en sintonía con la perspectiva utilitarista, el respeto por los derechos humanos es un mínimo individual en el que todos pueden caber para, un *máximo* social, ampliando los principios del utilitarismo; asimismo, se plantea que una de las maneras de disminuir la tensión entre el utilitarismo y los derechos humanos, es que el utilitarismo puede dirigirse en la reducción de la inequidad (Rivas-Muñoz et al., 2015).

De forma que este panorama “utilitarista” no implica un abandono de las creencias o valores internos, sino un manejo eficaz, por ejemplo maximizar el beneficio desde el utilitarismo integra la necesidad del principialismo, con ambas perspectivas, en el caso de los pacientes con un pronóstico equivalente, la elección no debe realizarse en función del orden de llegada, sino que debe ser al azar para que todos los pacientes tengan las mismas oportunidades de beneficio, trabajando con el principio de justicia (Emanuel et al., 2020; De la Fuente Piñeiro et al., 2021; Velarde et al., 2021).

Conduciendo a una aproximación más realista, aunque sean casos equivalentes ,se considera que nunca existen dos casos iguales, para ello, como ya lo ha planteado la OMS (2020), no se debe dejar o privar del derecho al acceso de salud a aquellos cuya asignación de recursos no es viable, la atención por lo tanto, debe ser proporcionada desde cuidados paliativos, para proporcionarles

una muerte digna, y garantizando el menor sufrimiento posible, lo cual incluye una calidad asistencial a la familia, con atención psico emocional, espiritual, religioso y de acompañamiento en el duelo (Valente et al., 2021; Ñique Carbajal et al., 2020).

Otro argumento que se debe trabajar e incluye el manejo “utilitario”, es la autonomía, cuyo principio en pandemia debió actuar junto con el principio de justicia social (distributiva) que da prioridad al bien común por encima de la autonomía individual, esto bajo la connotación de que el triaje se realizaba por la ausencia de recursos médicos y materiales, la alta solicitud de recursos y mortalidad bajo una modalidad de medicina en catástrofes, priorizándose los criterios médicos a los pacientes con mayor posibilidad clínica de recuperarse (Sánchez – García et al., 2021), sin embargo, esto no significa el fin de la autonomía, la justicia distributiva se acompaña de otros principios de solidaridad, igualdad, equidad, transparencia y dignidad (Camargo et al., 2021).

Por su parte, Camargo- Rubio (2022), suscribe que durante la pandemia la bioética asumió la justicia distributiva en salud pública a través del principio de proporcionalidad, tratando de minimizar el daño y vulnerabilidad de derechos humanos, estableciendo expectativas de vida a corto plazo como aceptables, para no caer en la obstinación terapéutica, siendo los cuidados paliativos su alternativa de manejo.

Respecto al carácter solidario que reconcilia el utilitarismo con los derechos humanos, referido por Rivas-Muñoz y colaboradores (2015), la OMS (2021) y diferentes órganos internacionales argumentaron que las políticas nacionales no serían suficientes para controlar la pandemia, mientras no se tuviera un enfoque

global, haciendo hincapié en la solidaridad como un concepto central. La solidaridad como mutualidad, relación simétrica entre pares, inclusión y cooperación, tiene implicaciones prácticas se manifiesta en una acción en común, lo cual se traduce en una acción pública, donde los intereses propios están subordinados a los de los demás (Jennings & Dawson; 2015).

De igual forma, en otro espacio de “maximización”, se acompaña el principio ético de valor instrumental, donde se da prioridad a los que pueden salvar a otros, si los médicos y las enfermeras están incapacitados, todos los pacientes (no sólo los que tienen COVID-19) sufrirán una mayor mortalidad y años de vida perdidos. De esta forma, haciendo uso del principio de justicia, no se debe abusar de la prioridad de asignación para personas política y administrativamente poderosas, que tienen un cargo médico, debido a que tales abusos socavarían la confianza del marco de asignación (Emanuel et al., 2020; Srinivas et al., 2021), así como trabajar con base al principio de igualdad considerando que el objetivo no debe ser que todos sean tratados por igual, sino intentar tratar a pacientes similares de una manera digna, considerando que los intereses generales deben prevalecer sobre los individuales, integrando el utilitarismo (De la Fuente Piñeiro et al., 2021).

Un ejemplo de la integración de diferentes principios y valores que amplían el marco utilitarista fue el Comité de Bioética español, el cual planteo establecer un modelo mixto, en el que se tuviera en cuenta tanto el criterio de utilidad, equidad y el de protección frente a vulnerabilidad, para garantizar que las personas no sean discriminadas en una decisión (Sánchez -García et al., 2021).

Ante tal panorama, Drewett y colaboradores (2021), consideran que es necesario que el personal sanitario de primera línea a partir de la pandemia, pueda transitar

en el cambio de modelo de salud "*centrada en el paciente*" a una ética "*de salud pública*", en la que las necesidades de un paciente individual y su familia quedan subsumidas por las necesidades colectivas, esto a su vez permitiría reducir la angustia moral que surge ante una falsa impotencia, en condiciones que es viable que se brinde una atención que apoye el sustento de marcos de salud viables a largo plazo desde la colectividad; por lo tanto, la direccionalidad de las decisiones médicas serían desde el entendimiento de la experiencia, reduciendo la culpa asociada a la atención centrada en el paciente, creando ambientes positivos en cuestiones del clima ético percibido (Dunkers et al., 2021; Valente et al., 2021).

Siendo sustancial que se deje de utilizar utilitarismo desde una visión peyorativa, con la integración de decisiones utilitarias con un punto de vista más flexible, la optimización de recursos en la medicina tienen un uso eficaz y promover el seguimiento adecuado del manejo de los recursos limitados en una pandemia que busca reducir la mortalidad y sus efectos adversos lo más pronto posible (Srinivas et al., 2021), así como asimilar que el utilitarismo va más allá de un espacio desde la consecuencia, con su debido manejo, los medios pueden justificarse a sí mismos y por lo tanto, estos medios (como la muerte digna y atención paliativa) son juzgados por una norma objetiva con consistencia moral.

Pero, para la ética, una acción específica no puede ser juzgada como buena simplemente porque puede conducir a una buena consecuencia. Los medios deben ser juzgados por alguna norma objetiva y consistente de moral, ya que el acto moral se compone, de objeto, fines y circunstancias, todos ellos deben apuntar a un bien operativo adecuado, ya que si alguno de estos componentes falta, el acto moral positivo se anula.

Como lo señala Mendoza (2017), en cada decisión moral hay un momento 'principialista' y otro que puede denominarse 'contextualista' o interpretativo, la solución en caso de conflicto estriba en aceptar que los principios no pueden ser absolutos, que tienen excepciones, las mismas que solo pueden ser justificadas en función del contexto y asumidas con extrema prudencia (Savulescu et al., 2020).

Por ello es importante señalar, como lo hace Gracia, el que las decisiones personales, o de primer nivel, deben basarse en la beneficencia y la autonomía, las de segundo nivel o sociales, en la no maleficencia y la justicia. De esta categorización se desprende la diferencia de posturas institucionales a aquellas que deben tomarse ante cada paciente, en donde la prudencia debe tener el lugar predominante.

Finalmente, dentro de las recomendaciones que se pueden desprender de esta investigación, se puede enunciar que, la pandemia fue una oportunidad para reconocer las áreas de oportunidad desde una bioética clínica, incluyendo las limitaciones del actuar desde el principialismo y el utilitarismo, asimismo, subrayo la comprensión de que los modelos médicos buscan salir de un modelo individual a un comunitario y que la bioética deberá tomar riendas en cómo debe abordar dicha cuestión, así como tomar en cuenta, incluyendo la globalización de la sociedad y la investigación de intervención en ambientes hospitalarios.

Si la bioética antes de la pandemia se ha había enfocado en proyectos de transhumanismo, nuevas tecnologías y principios asistenciales, posterior a la pandemia debe voltear a ver a una bioética integrada a otros espacios, como lo señala Camargo- Rubio (2022), la concepción de una bioética holística cuestiona

y trabaja desde un sistema social, cultural, político y económico, es una bioética preparada y participativa para las necesidades reales de un mundo globalizado.

Siguiendo esta misma línea de propuesta, Ten Have (2022), desde el concepto de *relacionalidad*, expone como los individuos no se limitan a conectarse e interactuar entre sí, sino que pertenecen mutuamente y son mutuamente dependientes, asumiendo la responsabilidad y dando forma a sus vidas juntos, en esta perspectiva la autonomía individual debe redefinirse como una “autonomía relacional”, la conducta esta ejercida en función con la interacción con otras personas, lo cual permite a su vez comprometerse con otros seres en vulnerabilidad, animando a una postura de cooperación y responsabilidad, lo cual hubiera ayudado a disminuir el número de casos contagiados y la posibilidad de un colapso en los sistemas de salud (Ñique Carbajal et al., 2021; el Camargo-Rubio (2022).

En consiguiente, se puede hablar de una bioética holística o de intervención, donde ambas propuestas buscan integrar a la bioética a un espacio cultural y cambiante y por lo tanto, considerar al sanitario como parte de una población, que éstos se sepan dentro de una comunidad, dotando un valor de pertenencia donde hay una colaboración en conjunto sociedad-cuerpo sanitario, buscando la reducción de vulnerabilidades en espacios de urgencias vitales y reducir la desobediencia social, así como elementos de discriminación.

## CONCLUSIONES

La presente investigación consiguió documentar el panorama asociado a la salud mental y sus implicaciones bioéticas en el personal de salud en el contexto de la pandemia sanitaria COVID-19. A través de una revisión sistemática empleando la metodología PRISMA, se obtuvieron una serie de hallazgos de carácter interdisciplinar entre la psicología y la bioética, los cuales se mencionan continuación:

Se identificó que el personal de salud al tener un papel sumamente relevante en la contención y manejo medico sanitario con usuarios portadores del virus, presentaron una serie de alteraciones en salud mental, como fue ansiedad, depresión, trastorno adaptativo, burnout, entre otras manifestaciones; lo anterior asociado con el aumento significativo de las horas laborales, la escasa preparación e información médica sobre el virus, el tener que asumir tuvieron roles profesionales para los cuales no tenían herramientas éticas-profesionales necesarias, el miedo de contagiar a sus familiares, los recursos médicos limitados, el aumento de los pacientes canalizados a unidades de cuidados intensivos y la exposición a situaciones dilemáticas, que incluía el cumplimiento de protocolos de actuación, la disposición de recursos para algunas personas, las altas contraindicadas.

De forma que, el malestar psicológico asociado a la presentación de dilemas bioético en un contexto pandémico representó uno de los ejes fundamentales de este trabajo, este fenómeno en la literatura se encontró como *angustia moral*, entendiéndose como un malestar psicológico complejo donde se involucran emociones de culpa, desesperanza, pérdida de control en las decisiones y abatimiento mental ante un actuar o proceder, donde el personal de salud no se

siente cómodo, de acuerdo o tiene dudas en el manejo bioético. En el análisis de los artículos seleccionados, dentro de los principales dilemas éticos vinculados con la angustia moral fueron:

- El deber de asistir a los usuarios con COVID-19 y la garantía de seguridad personal, corriendo el riesgo de contagiarse o a algún miembro de su familia.
- La falta de preparación médica y bioética.
- La ambigüedad en los estándares de cuidado y roles de actuación.
- Equipos y recursos limitados que conlleva a una toma de decisiones forzada en la asignación de recursos.
- Percepción de brindar poco apoyo emocional a pacientes al no permitirles una despedida o duelo digno.
- Angustia del proceder hospitalario y comunitario en las preferencias de los intereses públicos sobre intereses del cuidado individual (frustración con líderes organizacionales y población).

De igual forma, la investigación dio como resultado que el cuerpo de enfermería es uno de los más afectados en la presencia de angustia moral, asociado a los elementos previamente mencionados y a la carga emocional adicional que se les atribuye como profesión en el cuidado del bienestar físico y emocional del paciente y de los familiares, así como percepción de un reconocimiento bajo de su labor.

Los elementos anteriores, contribuyen a formar un cuerpo de conocimiento asociado con la *cualidad* de los retos post pandemia y que deben ser atendidos por múltiples implicados, haciendo un uso reflexivo y encaminado a la acción del rol de la bioética clínica, que como disciplina, busca cuidar, proteger y dignificar la vida humana y en consecuencia apoyar el bienestar psicológico, el cuál debe ser bidireccional, es decir, aplicado al usuario como al personal de salud; lo que consecuentemente permitirá visualizar a la angustia moral como parte de la agenda que se tiene bajo el contexto de la pandemia COVID-19.

Asimismo, se cumplió con el objetivo de realizar un análisis hermenéutico, partiendo de los modelos utilitarista y principialista, donde se encontró que el personal sanitario presentaba angustia moral cuando tenía que actuar desde el modelo utilitarista, por la percepción de estar privando de los derechos humanos individuales y bioéticos fundamentales a las personas que no tenían acceso a recursos materiales no divisibles o vitales o por las condiciones de sanidad no podían tener una vigilancia hospitalaria cercana y/o despedirse de su familiar al fallecer.

En relación con lo anterior, se observó que la había una preferencia del uso del modelo utilitarista en los protocolos de actuación, esta preferencia se fundamentó en la amplia urgencia sanitaria que se vivió en dimensiones mundiales, con una realidad que debía ser manejada con una toma de decisiones que permitiera maximizar el número de vida salvadas, esto en función y como alternativa ante una alta tasa de contagio, situaciones de gravedad, espacios hospitalarios saturados y recursos humanos y materiales limitados. Asimismo, el uso del modelo utilitarista se planteó como congruente y relacional con el modelo médico comunitario, perspectiva que ha ido tomando más espacios, lo cual busca fortalecer y priorizar los espacios públicos/comunitarios, donde la salud se entiende más allá de la persona, buscando que la salud sea accesible y se reduzcan las brechas de atención, incluyendo los grupos socialmente excluidos y en condiciones de vulnerabilidad; lo anterior, tiene altas implicaciones en el manejo de los modelos bioéticos, dentro de las propuestas se encontró migrar de un modelo utilitarista a un modelo de *bioética de intervención*, que busca tomar algunos elementos para maximizar la salud en la comunidad, tomando decisiones con base a parámetros de sobrevivencia partiendo

de espacios igualitarios, buscando reducir los sesgos y dilemas que trae consigo las pandemias; desde la bioética de intervención, se plantea que el personal de salud no deba estar excluido de un espacio comunitario lo cual implica espacios de *mayor cooperación* por parte de la sociedad, buscando que la salud no sea vista desde un punto de vista paternalista, todos son responsables de su cuidado, promoviendo una sociedad que haga uso activo de las medidas de autocuidado, disminuyendo en número de casos y el colapso de las unidades médicas; De igual modo, la sociedad tendría una mayor comprensión de lo que acontece en una pandemia, disminuyendo las demandas emocionales que se le asignan al personal de salud y en especial al de enfermería, lo cual reduciría la angustia moral que trae consigo la sensación de no brindar el mejor servicio o contención emocional familiar y fomentar el valor de la pertenencia y no exclusión hacia el personal médico.

De tal modo, que esta revisión sistemática proyectó los resultados hacia una serie de propuestas fundamentadas, en donde las *instituciones* tienen un alto compromiso con la reducción de la angustia moral y con la sociedad, por lo tanto, deberá buscar desde espacios preventivos, acciones que vinculen el compromiso dentro y fuera de las unidades médicas, orientados a que el principio de “autonomía individual” sea proyecte una “autonomía relacional”, promoviendo una toma de decisiones que considere la integridad y virtud humana y del *otro*.

Por lo tanto, desde un marco de integración, los protocolos de actuación pueden emplear decisiones utilitaristas formulando propuestas a favor de lo comunitario, sin dejar de lado los derechos humanos fundamentales, tales como fue el uso de cuidados paliativos con el fin de dignificar la vida de cada persona.

Finalmente, el contemplar las propuestas desde una bioética intervencionista, puede ser una propuesta eficaz que debe revisarse como una de las directrices propias del manejo bioético y cuyas implicaciones además de promover la reducción de la angustia moral, permitiría una sociedad más responsable y comprometida con los demás, por lo que el presente trabajo refleja la importancia de la bioética en la integridad humana, incluyendo a la salud mental en los panoramas de emergencia global.

### **Perspectivas del estudio**

El presente estudio se realizó a partir de un fenómeno complejo como fue la pandemia el COVID-19, lo cual implicó una contante construcción del cuerpo de conocimiento disponible, las fuentes de información disponibles fueron de tipo cualitativo que incluyeron reportes de foros, entrevistas y encuestas, información que fue valiosa para poder comprender las aristas por las cuales atravesaba el personal sanitario; por otra parte, conforme se tenga información retrospectiva, se podrá abordar la consistencia de los hechos enmarcados en la presente investigación, a continuación se enlistan las limitantes que se deben considerar así como las fortalezas.

#### *Limitantes de este trabajo*

La investigación se realizó con la metodología PRISMA y a través de palabras claves se pudieron realizar una serie de algoritmos para poder clasificar los artículos, sin embargo, la selección manual fue con criterios cualitativos del profesional, lo que pudiera diferir con otros estudios, asimismo, las unidades de análisis de los artículos de metodología cualitativa se trabajaron en función de los objetivos planteados, respecto a la información de tipo cuantitativa se tuvo se

homologar variables de índole psicológica bajo un proceso de similitud semántica.

### *Fortalezas del estudio*

El resultado del análisis cuantitativo- cualitativo, apoyan la hipótesis de esta tesis, confirmando que, a nivel mundial, se han presentado una serie de alteraciones en la salud mental en el personal de salud con implicaciones bioéticas importantes tanto a nivel personal como institucional.

Los resultados permitirán tener una serie de proyecciones, las cuales incluyen el dotar de una mejor comprensión de las fuentes de angustia moral, la importancia del abordaje integral hacia el cuerpo de sanitario y de enfermería, así como una oportunidad de integrar elementos como lo es un modelo comunitario, la bioética clínica participativa estimando un seguimiento que inicia con los cuidados básicos en situaciones infecciones letales, así como la orientación pertinente para reducir la angustia moral y disminuir los elementos agravantes de la vulnerabilidad, con el fin de construir una sociedad que pueda estar preparada para posibles futuras pandemias.

## BIBLIOGRAFÍA

- Al Maqbali, M., Al Badi, K., Al Sinani, M., Madkhali, N., & Dickens, G. L. (2022). Clinical features of COVID-19 patients in the first year of pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Biological Research for Nursing*, 24(2), 172-185.
- Al-Shamsi, H. O., Alhazzani, W., Alhuraiji, A., Coomes, E. A., Chemaly, R. F., Almuhanna, M., ... & Xie, C. (2020). A practical approach to the management of cancer patients during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: an international collaborative group. *The oncologist*, 25(6), e936-e945.
- Amo Usanos, R. (2019). Modelos de bioética. *Acta bioethica*, 25(1), 103-114.
- Bridgland, V. M., Moeck, E. K., Green, D. M., Swain, T. L., Nayda, D. M., Matson, L. A., ... & Takarangi, M. K. (2021). Why the COVID-19 pandemic is a traumatic stressor. *PloS one*, 16(1), e0240146.
- Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y., & Zhuang, Q. (2020). Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Human between January and March 2020 during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e924171-1.
- Camargo-Rubio, R. D. (2022). Visión holística de la bioética en la pandemia COVID-19. *Acta Colombiana de cuidado intensivo*, 22, S79-S92.
- Camargo-Rubio, R. D. C. (2021). Los aspectos morales bioéticos y científicos guían las decisiones en el contexto de recursos escasos durante la

pandemia por COVID-19. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 21(3), 212-220.

Carmassi, C., Dell'Oste, V., Bui, E., Foghi, C., Bertelloni, C. A., Atti, A. R., ... & Dell'Osso, L. (2022). The interplay between acute post-traumatic stress, depressive and anxiety symptoms on healthcare workers functioning during the COVID-19 emergency: A multicenter study comparing regions with increasing pandemic incidence. *Journal of Affective Disorders*, 298, 209-216.

Čartolovni, A., Stolt, M., Scott, P. A., & Suhonen, R. (2021). Moral injury in healthcare professionals: A scoping review and discussion. *Nursing ethics*, 28(5), 590-602.

Cesari, M., & Proietti, M. (2020). COVID-19 in Italy: ageism and decision making in a pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(5), 576.

Cuadra-Martínez, David, Castro-Carrasco, Pablo J., Sandoval-Díaz, José, Pérez-Zapata, Daniel, & Mora Dabancens, Diego. (2020). COVID-19 y comportamiento psicológico: revisión sistemática de los efectos psicológicos de las pandemias del siglo XXI. *Revista médica de Chile*, 148(8), 1139-1154. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000801139>

De la Fuente Piñeiro, C. H., Omaña-Covarrubias, A., Moya-Escalera, A., & Cuevas-Suárez, C. (2021). Ethics in times of COVID-19. *Mexican Bioethics Review ICOSA*, 2(4), 15-21.

- Donkers, M. A., Gilissen, V. J., Candel, M. J., van Dijk, N. M., Kling, H., Heijnen-Panis, R., ... & van Mook, W. N. (2021). Moral distress and ethical climate in intensive care medicine during COVID-19: a nationwide study. *BMC medical ethics*, 22(1), 1-12.
- Drewett, G. P., Gibney, G., & Ko, D. (2021). Practical ethical challenges and moral distress among staff in a hospital COVID-19 screening service. *Internal Medicine Journal*, 51(9), 1513-1516.
- Emanuel, E. J., Persad, G., Upshur, R., Thome, B., Parker, M., Glickman, A., ... & Phillips, J. P. (2020). Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. *New England Journal of Medicine*, 382(21), 2049-2055.
- Farrell, T. W., Francis, L., Brown, T., Ferrante, L. E., Widera, E., Rhodes, R., ... & Saliba, D. (2020). Rationing limited healthcare resources in the COVID-19 era and beyond: ethical considerations regarding older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(6), 1143-1149.
- Ferrán, M. B., & Barrientos-Trigo, S. (2021). Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud. *Enfermería clínica*, 31, S35-S39.
- Fornier-Puntonet, M., Fidel-Kinori, S. G., Beneria, A., Delgado-Arroyo, M., Perea-Ortueta, M., Closa-Castells, M. H., ... & Ramos-Quiroga, J. A. (2021). La atención a las necesidades en salud mental de los profesionales sanitarios durante la COVID-19. *Clínica y Salud*, 32(3), 119-128
- Friedman, D. N., Blackler, L., Alici, Y., Scharf, A. E., Chin, M., Chawla, S., ... & Voigt, L. P. (2021). COVID-19–Related Ethics Consultations at a Cancer Center in New York City: A Content Review of Ethics Consultations During

the Early Stages of the Pandemic. *JCO Oncology Practice*, 17(3), e369-e376.

Froessler, L. J., & Abdeen, Y. (2021). The silent pandemic: The psychological burden on frontline healthcare workers during COVID-19. *Psychiatry Journal*, 2021.

Frontera Roura, E. A. (2009). Salud mental y bioética: relación simbiótica. *Acta bioethica*, 15(2), 139-147.

García Guerra, M., & Pinto Contreras, J. A. (2011). La bioética en la medicina actual: una necesidad en la formación profesional. *Revista Médica Electrónica*, 33(4), 456-462.

Gebreheat, G., & Teame, H. (2021). Ethical challenges of nurses in COVID-19 pandemic: integrative review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 14, 1029.

Gloster, A. T., Lamnisos, D., Lubenko, J., Presti, G., Squatrito, V., Constantinou, M., ... & Karekla, M. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health: An international study. *PloS one*, 15(12), e0244809.

Goga, A., Feucht, U., Pillay, S., Reubenson, G., Jeena, P., Madhi, S., ... & Gray, G. (2021). Parental access to hospitalised children during infectious disease pandemics such as COVID-19. *South African Medical Journal*, 111(2), 100-105.

González-Duarte, A., Kaufer-Horwitz, M., Gamba, G., Rivera-Moscoso, R., & Aguilar-Salinas, C. A. (2021). Bioethics in Medical Care Rationing During

- the Coronavirus Disease-19 Pandemic. *Revista de investigación clínica*, 73(1), 1-5.
- Gracia, D. (1999). Planteamiento general de la bioética. *Bioética Para Clínicos*. Madrid, Spain: *Editorial Triacastela*, 19-35.
- Gracia, D. (2007). *Fundamentos de Bioética*. (1989). 2ª ed. Madrid: Triacastela.
- Gray, K., Dorney, P., Hoffman, L., & Crawford, A. (2021). Nurses' pandemic lives: A mixed-methods study of experiences during COVID-19. *Applied Nursing Research*, 60, 151437.
- Hennein, R., Mew, E. J., & Lowe, S. R. (2021). Socio-ecological predictors of mental health outcomes among healthcare workers during the COVID-19 pandemic in the United States. *PloS one*, 16(2), e0246602.
- Hossain, F. (2021). Moral distress among healthcare providers and mistrust among patients during COVID-19 in Bangladesh. *Developing world bioethics*, 21(4), 187-192.
- Hughes, M. T., & Rushton, C. H. (2022). Ethics and well-being: The health professions and the COVID-19 pandemic. *Academic Medicine*, 97(3), S98.
- Hutton, B., Catalá-López, F., & Moher, D. (2016). La extensión de la declaración PRISMA para revisiones sistemáticas que incorporan metaanálisis en red: PRISMA-NMA. *Medicina clínica*, 147(6), 262-266.
- Idilbi, N., Abojabel, H., & Werner, P. (2021). Examining hospital staff members' preferences for allocating a ventilator to a COVID-19 patient with and

- Jennings, B., & Dawson, A. (2015). Solidarity in the moral imagination of bioethics. *Hastings Center Report*, 45(5), 31-38.
- Jia, Y., Chen, O., Xiao, Z., Xiao, J., Bian, J., & Jia, H. (2021). Nurses' ethical challenges caring for people with COVID-19: a qualitative study. *Nursing ethics*, 28(1), 33-45.
- Jiang, F., Deng, L., Zhang, L., Cai, Y., Cheung, C. W., & Xia, Z. (2020). Review of the clinical characteristics of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of general internal medicine*, 35(5), 1545-1549.
- Jonsdottir, I. H., Degl'Innocenti, A., Ahlstrom, L., Finizia, C., Wijk, H., & Akerstrom, M. (2021). A pre/post analysis of the impact of the COVID-19 pandemic on the psychosocial work environment and recovery among healthcare workers in a large university hospital in Sweden. *Journal of Public Health Research*, 10(4).
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Xiang, B. X., Wang, Y., Hu, J., Lai, J., Ma, X., Chen, J., Guan, L., Wang, G., Ma, H. y Liu, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), e14. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X)
- Kooli, C. (2021). COVID-19: Public health issues and ethical dilemmas. *Ethics, Medicine, and Public Health*, 17, 100635.
- Kopacz, M. S., Ames, D., & Koenig, H. G. (2019). It's time to talk about physician burnout and moral injury. *The Lancet Psychiatry*, 6(11), e28.

- Kreh, A., Brancaleoni, R., Magalini, S. C., Chieffo, D. P. R., Flad, B., Ellebrecht, N., & Juen, B. (2021). Ethical and psychosocial considerations for hospital personnel in the Covid-19 crisis: Moral injury and resilience. *PloS one*, 16(4), e0249609.
- Krishnan, A., Hamilton, J. P., Alqahtani, S. A., & A Woreta, T. (2021). A narrative review of coronavirus disease 2019 (COVID-19): clinical, epidemiological characteristics, and systemic manifestations. *Internal and emergency medicine*, 16(4), 815-830.
- 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., HuAl-Shamsi, H. O., Alhazzani, W., Alhurairi, A., Coomes, E. A., Chemaly, R. F., Almuhanna, M., ... & Xie, C. (2020). A practical approach to the management of cancer patients during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: an international collaborative group. *The oncologist*, 25(6), e936-e945.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z. y Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lee SM, Kang WS, Cho A-R, Kim T, Park JK. (2018) Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Compr Psychiatry*. noviembre de 2018; 87:123-7.
- León Correa, F. J. (2009). Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social. *Acta bioethica*, 15(1), 70-78.

- Lesley, M. (2021). Psychoanalytic perspectives on moral injury in nurses on the frontlines of the COVID-19 pandemic. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 27(1), 72-76.
- Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical psychology review*, 29(8), 695-706.
- Liu, X., Kakade, M., Fuller, C. J., Fan, B., Fang, Y., Kong, J., ... & Wu, P. (2012). Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Comprehensive psychiatry*, 53(1), 15-23.
- López Vélez, L. E., & Zuleta Salas, G. L. (2020). El principio de beneficencia como articulador entre la teología moral, la bioética y las prácticas biomédicas. *Franciscanum. Revista de las Ciencias del Espíritu*, 62(174), 7-7.
- Lozano-Vargas, Antonio. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(1), 51-56. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
- Lynch, H. F., Lundin, D., & Meagher, E. A. (2021). Ethical Inclusion of Health Care Workers in Covid-19 Research. *Ethics & human research*, 43(2), 19-27.
- Macía-Rodríguez, C., de Oña, Á. A., Martín-Iglesias, D., Barrera-López, L., Pérez-Sanz, M. T., Moreno-Díaz, J., & González-Munera, A. (2021). Burn-

out syndrome in Spanish internists during the COVID-19 outbreak and associated factors: a cross-sectional survey. *BMJ open*, 11(2), e042966.

Maraqa, B., Nazzal, Z., & Zink, T. (2021). Mixed method study to explore ethical dilemmas and health care workers' willingness to work amid COVID-19 pandemic in Palestine. *Frontiers in medicine*, 7, 980.

Mediavilla, R., Fernández-Jiménez, E., Martínez-Alés, G., Moreno-Küstner, B., Martínez-Morata, I., Jaramillo, F., ... & COVID, T. (2021). Role of access to personal protective equipment, treatment prioritization decisions, and changes in job functions on health workers' mental health outcomes during the initial outbreak of the COVID-19 pandemic. *Journal of affective disorders*, 295, 405-409.

Mendoza, A. (2017). La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 63(4), 555-564. Meneses, M. A., Omaña-Covarrubias, A., Moya-Escalera, A., & López-Pontigo, L. Bioethics and COVID-19. *Mexican Bioethics Review ICSA*, 2(4), 29-35.

Mendoza, O. M., Fernández-Carrión, M. H., López, M. V., Peña, S. R., & Guaderrama, R. G. (2016). Bioética, salud mental y los derechos humanos Bioethics, mental health and human rights. *Rev.Redbioética/UNESCO*. 96- 115.

Miljeteig, I., Forthun, I., Hufthammer, K. O., Engelund, I. E., Schanche, E., Schaufel, M., & Onarheim, K. H. (2021). Priority-setting dilemmas, moral distress and support experienced by nurses and physicians in the early phase of the COVID-19 pandemic in Norway. *Nursing ethics*, 28(1), 66-81.

- Moher D, Shamseer L, Clarke M, Gherzi D, Liberati A, Petticrew M, Shekelle P, Stewart statement. *Systematic Reviews*. 2015; 4(1): 1 - 9. doi: 10.1186/2046-4053-4-1
- Morais, T. C. A. D., & Monteiro, P. S. (2017). Los conceptos de vulnerabilidad humana y la integridad individual para la bioética. *Revista Bioética*, 25, 311-319.
- Muñoz-Fernández, S. I., Molina-Valdespino, D., Ochoa-Palacios, R., Sánchez-Guerrero, O., & Esquivel-Acevedo, J. A. (2020). Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediátrica de México*, 41(S1), 127-136.
- Nez-Castro, A. T., Omaña-Covarrubias, A., Moya-Escalera, A., Cuevas-Suárez, C., & del Refugio Acuña-Gorrola, M (2021). Ethical management of limited medical resources in COVID-19 times. *Mexican Bioethics Review ICSA*, 2(4), 22-28
- Ñique Carbajal, C., Cervera Vallejos, M., Díaz Manchay, R., & Domínguez Barrera, C. (2020). Principios bioéticos en el contexto de la pandemia de COVID-19. *Revista Médica Herediana*, 31(4), 255-265.
- Norman, S. B., Feingold, J. H., Kaye-Kauderer, H., Kaplan, C. A., Hurtado, A., Kachadourian, L., ... & Pietrzak, R. H. (2021). Moral distress in frontline healthcare workers in the initial epicenter of the COVID-19 pandemic in the United States: Relationship to PTSD symptoms, burnout, and psychosocial functioning. *Depression and anxiety*, 38(10), 1007-1017.

OMS. (2021). WHO coronavirus (COVID-19) dashboard. Recuperado en enero del 2023. [https:// covid19.who.int](https://covid19.who.int)Organización Mundial de la Salud. (2021). Director-General's statement on Tanzania and COVID-19. 2021. Recuperado en 05 de noviembre del 2022. <https://www.who.int/news/item/20-02-2021-who-director-general-s-statement-on-tanzania-and-covid-19>

Organización Mundial de Salud (2020). Orientación ética para el uso de recursos limitados en los servicios críticos de salud durante la pandemia de COVID-19. *Repositorio Institucional para Intercambio de Información*. Recuperado el 04 de noviembre del 2022. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52092>

Organización Panamericana de la Salud . La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia. 11 de marzo 2020. Recuperado el 28 de agosto del 2022 <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799.

Prado, P. R. D., Ventura, C. A. A., Rigotti, A. R., Reis, R. K., Zamarioli, C. M., Souza, F. B. D., & Gimenes, F. R. E. (2021). Linking worker safety to patient safety: recommendations and bioethical issues for the care of patients in the covid-19 pandemic. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 30.

- Ramírez, F. B., Misol, R. C., Alonso, M. D. C. F., & Tizón, J. L. (2021). Pandemia Del COVID 19: Efectos En La Salud Mental De Los Profesionales Sanitarios. *Atención Primaria*.
- Rashidi, K., Goudarzi, F., Fadavi, M., & Akrami, F. (2022). Moral Distress and Dilemmas Experienced by Healthcare Professionals during Care of Patients with COVID-19.
- Rivas-Muñoz, F., Garrafa, V., Feitosa, S. F., & Nascimento, W. F. D. (2015). Bioética de intervención, interculturalidad y no-colonialidad. *Saúde e Sociedade*, 24, 141-151.
- Sahebi, A., Nejati-Zarnaqi, B., Moayedi, S., Yousefi, K., Torres, M., & Golitaleb, M. (2021). The prevalence of anxiety and depression among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: An umbrella review of meta-analyses. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 107, 110247.
- Sanches, M. A., Cunha, T. R. D., Siqueira, S. S. D., & Siqueira, J. E. D. (2020). Perspectivas bioéticas sobre la toma de decisiones en tiempos de pandemia. *Revista Bioética*, 28, 410-417.
- Sánchez-García, A. B., de la Paz Guillermo-Giménez, M., Muñoz-Sánchez, J., Gómez-Pérez, C., García-Capilla, D. J., & Torralba-Madrid, M. J. (2021). Experiencias sanitarias desde una perspectiva bioética y legal en la COVID-19. *Bioderecho. es*, (13), 10-págs.
- Saran, S., Gurjar, M., Baronia, A. K., Lohiya, A., Azim, A., Poddar, B., & Rao, N. S. (2020). Personal protective equipment during COVID-19 pandemic: a

- narrative review on technical aspects. *Expert Review of Medical Devices*, 17(12), 1265-1276.
- Savulescu, J., Persson, I., & Wilkinson, D. (2020). Utilitarianism and the pandemic. *Bioethics*, 34(6), 620-632.
- Shanafelt, T., Ripp, J., & Trockel, M. (2020). Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *Jama*, 323(21), 2133-2134.
- Smallwood, N., Harrex, W., Rees, M., Willis, K., & Bennett, C. M. (2022). COVID-19 infection and the broader impacts of the pandemic on healthcare workers. *Respirology*, 27(6), 411-426.
- Smallwood, N., Pascoe, A., Karimi, L., & Willis, K. (2021). Moral Distress and Perceived Community Views Are Associated with Mental Health Symptoms in Frontline Health Workers during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of environmental research and public health*, 18(16), 8723.
- Søvold, L. E., Naslund, J. A., Kousoulis, A. A., Saxena, S., Qoronfleh, M. W., Grobler, C., & Münter, L. (2021). Prioritizing the mental health and well-being of healthcare workers: an urgent global public health priority. *Frontiers in public health*, 9.
- Sperling, D. (2021). Ethical dilemmas, perceived risk, and motivation among nurses during the COVID-19 pandemic. *Nursing Ethics*, 28(1), 9-22.

- Srinivas, G., Maanasa, R., Meenakshi, M., Adaikalam, J. M., Seshayyan, S., & Muthuvel, T. (2021). Ethical rationing of healthcare resources during COVID-19 outbreak. *Ethics, Medicine, and Public Health*, 16, 100633.
- Supady, A., Curtis, J. R., Brown, C. E., Duerschmied, D., von Zepelin, L. A., Moss, M., & Brodie, D. (2021). Ethical obligations for supporting healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *European Respiratory Journal*, 57(2).
- Ten Have, H. (2022). COVID-19 y bioética global. *Medicina y Ética*, 33(1), 19-83.
- Thierry Steimer (2002) The biology of fear- and anxiety-related behaviors, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 4:3, 231-249
- Thomas, T. A., Davis, F. D., Kumar, S., Thammasitboon, S., & Rushton, C. H. (2021). COVID-19 and moral distress: a pediatric critical care survey. *American Journal of Critical Care*, 30(6), e80-e98.
- Urrútia, G., & Bonfill, X. (2013). La Declaración PRISMA: un paso adelante en la mejora de las publicaciones de la Revista Española de Salud Pública. *Revista Española de Salud Pública*, 87(2), 99-102.
- Valente, C. O., Silva, F. R. D., Mussi, F. C., Lacerda, M. R., Freitas, K. S., & Rosa, D. D. O. S. (2021). Decision making by health professionals during COVID-19: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75.
- Villca Villegas, J. L., Moreno Choque, R. A., Gomez Verduguez, C. A., & Vargas Aguilar, A. A. (2021). Influencia de la pandemia del COVID-19 en la salud mental de los trabajadores en salud. *Gaceta Médica Boliviana*, 44(1), 75-80.

- Wang, Z., Harold, K. G., Tong, Y., Wen, J., Sui, M., Liu, H., ... & Liu, G. (2021). Moral injury in Chinese health professionals during the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(2), 250.
- Warchoł-Biedermann, K., Daroszewski, P., Bączyk, G., Greberski, K., Bugajski, P., Karoń, J., ... & Samborski, W. (2021). Dysfunctional Coping Mediates the Relationship between Stress and Mental Health in Health-Care Staff Working amid the COVID-19 Pandemic. *Medical Principles and Practice*, 30(4), 395-400.
- World Health Organization (2018). Mental Health: Strengthening Our Response Fact Sheet. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-healthstrengthening->
- World Health Organization. Virtual Press Conference on COVID-19 - 11 March 2020. 11 march 2020 <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/who-audio-emergencies-coronavirus-press-conference-full-and-final-11mar2020.pdf>
- Yepes-Temiño, M. J., González, R. C., & Avello, J. Á. (2021). A moment for reflection. Ethical aspects in the pandemic SARS-CoV-2/COVID-19 in our clinical practice. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación (English Edition)*, 68 (1

## ANEXOS

### Anexo 1. Lista de verificación PRISMA 2020.

Lista de verificación de PRISMA 2020: ítems recomendados para su inclusión en un protocolo de revisión sistemática

Sección/tema	#	Ítem	Presente en página #
<b>TÍTULO</b>			
Título	1	Identificar la publicación como revisión sistemática	3
<b>RESUMEN</b>			
Resumen estructurado	2	Facilitar un resumen estructurado que incluya, según corresponda: antecedentes; objetivos; fuente de los datos; criterios de elegibilidad de los estudios, participantes e intervenciones; evaluación de los estudios y métodos de síntesis; resultados; limitaciones; conclusiones e implicaciones de los hallazgos principales; número de registro de la revisión sistemática.	<i>Final de la revisión sistemática</i>
<b>INTRODUCCIÓN</b>			
Justificación	3	Describir la justificación de la revisión en el contexto de lo que ya se conoce sobre el tema.	3
Objetivos	4	Proporcione una declaración explícita de los objetivos o preguntas que la revisión desea contestar.	3
<b>MÉTODOS</b>			
Criterios de elegibilidad	5	Especifique los criterios de inclusión y exclusión para la revisión y cómo se agruparon los estudios para la síntesis.	33
Fuentes de información	6	Especifique todas las bases de datos, registros, sitios web, organizaciones, listas de referencia y otras fuentes buscadas o consultadas para identificar estudios. Especifique la fecha en la que se buscó o consultó por última vez cada fuente.	33
Estrategia de búsqueda	7	Presentar las estrategias de búsqueda completas para todas las bases de datos, registros y sitios web, incluidos los filtros y los límites utilizados.	33
Proceso de selección	8	Especifique los métodos utilizados para recopilar los datos de los estudios, incluido el número de revisores que recopilaron datos de cada informe, si trabajaron de forma independiente, los procesos para obtener o confirmar	33

		datos de los investigadores del estudio y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	
Proceso de recopilación de datos	9	Especifique los métodos utilizados para recopilar los datos de los estudios, incluido el número de revisores que recopilaron datos de cada informe, si trabajaron de forma independiente, los procesos para obtener o confirmar datos de los investigadores del estudio y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	34
Lista de datos	10a	Enumerar y definir todos los desenlaces (outcomes) para los cuales se buscaron datos. Especifique si se buscaron todos los resultados admitidos por cada desenlace (outcome) en cada estudio (por ejemplo, para todas las medidas, puntos de tiempo, análisis) y, si no, los métodos utilizados para decidir qué resultados recopilar.	34
	10b	Enumerar y definir todas las demás variables para las cuales se buscaron datos (por ejemplo, características de participante e intervención, fuentes de financiación). Describa cualquier asunción hecha sobre cualquier información que falte o no esté clara.	33, 34, 35
Estudio y valoración del riesgo de sesgo	11	Especifique los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios incluidos, incluidos los detalles de las herramientas utilizadas, cuántos revisores evaluaron cada estudio y si trabajaron de forma independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	35
Medidas de efecto	12	Especifique para cada resultado como se midió el efecto (por ejemplo, riesgo relativo, diferencia de medias) utilizadas en la síntesis o presentación de resultados.	NA
Métodos de síntesis	13 <sup>a</sup>	Describir los métodos para manejar los datos y combinar resultados de los estudios, si se hiciera, incluyendo medidas de consistencia (por ejemplo, I <sup>2</sup> ) para cada metaanálisis.	NA
	13b	Describir los métodos necesarios para preparar los datos para la presentación o síntesis, como el manejo de las estadísticas de resumen que faltan o las conversiones de datos.	NA
	13c	Describir cualquier método utilizado para tabular o mostrar visualmente los resultados de estudios individuales y síntesis.	81-87
	13d	Describir los métodos utilizados para sintetizar resultados y proporcionar justificación para las opciones. Si se realizó un metanálisis, describa el modelo (s), el método(s) para identificar la presencia y el alcance de la heterogeneidad estadística y paquete(s) de software utilizados	81-87
	13e	Describa los métodos utilizados para explorar las posibles causas de la heterogeneidad entre los resultados del estudio (por ejemplo, análisis de subgrupos, meta-regresión)	NA
	13f	Describir los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la fortaleza de los resultados sintetizados.	NA

Sección y tema			
Informar de la evaluación del sesgo	14	Describa cualquier método utilizado para evaluar el riesgo de sesgo debido a la falta de resultados en una síntesis (derivada de sesgos de notificación).	NA
Evaluación de la certeza	15	Describa cualquier método utilizado para evaluar la certeza (o confianza) en el cuerpo de evidencia para un	NA
<b>RESULTADOS</b>			
Selección de estudios	16a	Describa los resultados del proceso de búsqueda y selección, desde el número de registros identificados en la búsqueda hasta el número de estudios incluidos en la revisión, idealmente utilizando un diagrama de flujo (consulte la figura 1).	37
	16b	Cite los estudios que parece que cumplieran muchos criterios de inclusión y explique por qué fueron excluidos.	35
Características de los estudios	17	Cite cada estudio incluido y muestre sus características.	48-57
Riesgo de sesgo en los estudios	18	Presente la evaluación <b>del riesgo de sesgo</b> para cada estudio que se incluyó en la revisión.	NA
Resultados de los estudios individuales	19	Para los resultados de cada estudio: a) estadísticas resumidas para cada grupo (cuando proceda) y b) una estimación de efectos y su precisión (por ejemplo, intervalo confianza/intervalo creíble), idealmente utilizando tablas o gráficas estructuradas.	NA
Síntesis de los resultados	20 <sup>a</sup>	Para cada combinación o síntesis, resuma brevemente las características y el riesgo de sesgo entre los estudios.	NA
	20b	Presente los resultados de todas las combinaciones o síntesis estadísticas realizadas. Si se realizó un metanálisis, presente para cada uno un resumen de la estimación y su precisión (por ejemplo, Confianza/intervalo creíble) y medidas estadísticas de heterogeneidad. Si compara grupos, describa la dirección del efecto.	37-45
	20c	Presente resultados de toda la investigación de posibles causas de heterogeneidad entre los resultados del estudio.	58
	20d	Presente los resultados de todos los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la solidez de los resultados combinados.	NA
Reporte de sesgos	21	Evaluaciones de los riesgos de sesgo debido a la falta de resultados (derivados de sesgos de notificación) para cada combinación evaluada	NA
Certeza de la evidencia	22	Proporcione evaluaciones de certeza (o confianza) en la evidencia de cada resultado evaluado.	NA

<b>DISCUSIÓN</b>			
	23a	Proporcionar una interpretación general de los resultados en el contexto de otras pruebas.	
	23b	Discuta cualquier limitación de la evidencia incluida en el examen.	
	23c	Discutir las limitaciones de los procesos de revisión utilizados.	64
	23d	Discutir las implicaciones de los resultados para la práctica, la política y la investigación futura.	62-64
<b>MÁS INFORMACIÓN</b>			
Registro de protocolo	24a	Proporcione información del registro de la revisión, incluido el nombre del registro y el número de registro, o indique que la revisión no se registró.	79
	24b	Indique dónde se puede acceder al protocolo de revisión o indique que no se ha preparado un protocolo.	NA
	24c	Describir y explicar cualquier cambio en la información proporcionada en el registro o protocolo.	79
Apoyo	25	Describa las fuentes de apoyo financiero o no financiero para su revisión, y el papel de los financiadores o patrocinadores en la revisión.	Pendiente
Conflicto de intereses competitivos	26	Declarar cualquier conflicto de interés de los autores de las revisiones.	74
Disponibilidad de datos, código y otros materiales	27	Informe cuáles de las siguientes opciones están disponibles públicamente y dónde se pueden encontrar: formularios y plantillas de recopilación de datos; datos extraídos de los estudios incluidos; datos utilizados para todos los análisis; código analítico; cualquier otro material utilizado en la revisión.	90-106

## Anexo 2. Algoritmo de selección de los elementos PRISMA

Se señala el algoritmo de búsqueda en la base de datos PubMed. Con selección inicial del año 2021:

(((((((((mental health)) OR (Burnout) AND (healthcare workers)) OR (healthcare staff)) AND (COVID 19)) OR (pandemic)) AND (bioethics)) OR (ethics)) OR (dilemma ethics) arrojando un total 20,116 resultados. De los cuáles se buscó obtener resultados más específicos, con la búsqueda ((((((((((mental health)) OR (Burnout) OR (anxiety) OR (depression) AND (healthcare workers)) OR (healthcare staff)) or (medical) AND (COVID 19)) OR (pandemic)) AND (bioethics)) OR (ethics)) OR (dilemma ethics) OR (decision making).

Con los filtros español e inglés y en investigaciones con humanos y artículos de acceso libre, teniendo un total de 3, 407.

PubMed.gov

(((((((((((mental health)) OR (Burnout) OR (anxiety) OR (depression) AND (healthcare workers)) OR (healthcare staff)) AND (COVID 19)) OR (pandemic)) AND (bioethics)) OR (ethics)) OR (dilemma ethics))

Advanced Create alert Create RSS User Guide

Save Email Send to Sorted by: Best match Display options

MY NCBI FILTERS

34,068 results Page 1 of 3,407

RESULTS BY YEAR

2021

Use COVID-19 filters from PubMed Clinical Queries to refine your search  
Treatment Mechanism Transmission More filters  
See more SARS-CoV-2 literature, sequence, and clinical content from NCBI

Filters applied: Full text, Humans, English, Spanish. Clear all

TEXT AVAILABILITY

Abstract  
 Free full text  
 Full text

ARTICLE ATTRIBUTE

Principles of Clinical **Ethics** and Their Application to Practice.  
1 Varkey B.  
Cite Med Princ Pract. 2021;30(1):17-28. doi: 10.1159/000509119. Epub 2020 Jun 4.  
PMID: 32498071 Free PMC article. Review.  
Share An overview of **ethics** and clinical **ethics** is presented in this review. The 4 main **ethical** principles, that is beneficence, nonmaleficence, autonomy, and justice, are defined and explained. ...A model for patient **care**, with caring as its central element ...

Después de un análisis por título, se decidió agregar la palabra (psychology),  
teniendo un total de 221 resultados.

PubMed.gov

((((((((mental health))) OR (Burnout) OR (anxiety) OR (depression) AND (health))) OR (psychology)))

Advanced Create alert Create RSS Search User Guide

Save Email Send to Sorted by: Best match Display options

MY NCBI FILTERS

2,209 results Page 1 of 221

RESULTS BY YEAR

2021

TEXT AVAILABILITY

Abstract

Free full text

Full text

ARTICLE ATTRIBUTE

Filters applied: Full text, Humans, English, Spanish. Clear all

Nurses' **ethical** challenges caring for people with **COVID-19**: A qualitative study.  
1 Jia Y, Chen O, Xiao Z, Xiao J, Bian J, Jia H.  
Cite Nurs Ethics. 2021 Feb;28(1):33-45. doi: 10.1177/0969733020944453. Epub 2020 Aug 28.  
PMID: 32856534 **Free PMC article.**  
Share PURPOSE: To examine the **ethical** challenges encountered by nurses caring for patients with the novel **coronavirus** pneumonia (**COVID-19**) and to provide nurses with suggestions and support regarding promotion of their **mental health**. ...CONCLUS ...

### Anexo 3. Análisis PRISMA con los criterios de título y resumen.

Publicación	Título	Tipo de estudio	Impacto salud mental	Persona l de salud	Bio ética	Tipo	Criterio de exclusión	
Ali et al. (2021). Is COVID-19 Immune to Misinformation? A Brief Overview. <i>Asian bioethics review</i> , 13(2), 1–23. Advance online publication.	X	Revision	X	✓	X	NA	No menciona salud mental con personal sanitario	
Čartolovni, et al. (2021). Moral injury in healthcare professionals: A scoping review and discussion. <i>Nursing ethics</i> , 28(5), 590-602.	✓	Revisión empírica	✓	✓	↔	No se identifica	El decidir dilemas éticos, altera la salud mental	
Cormi et al. (2021). Telepsychiatry to Provide Mental Health Support to Healthcare Professionals during the COVID-19 Crisis: A Cross-Sectional Survey among 321 Healthcare Professionals in France. <i>International journal of environmental research and public health</i> , 18(19), 10146.	X	Encuesta	✓	✓	X	No habla sobre algún dilema ético	Rompe el criterio bioético	
Donkers et al. (2021). Moral distress and ethical climate in intensive care medicine during COVID-19: a nationwide study. <i>BMC medical ethics</i> , 22(1), 73. <a href="https://doi.org/10.1186/s12910-021-00641-3">https://doi.org/10.1186/s12910-021-00641-3</a>	✓	Encuesta cualitativo	✓	✓	✓	Dilemas éticos asociado a el estrés moral a partir de la pandemia		
Drewett, et al. (2021). Practical ethical challenges and moral distress among staff in a hospital COVID-19 screening service. <i>Internal Medicine Journal</i> , 51(9), 1513-1516.	✓	Descriptivo/ ensayo	✓	↔	✓	Numera los principales dilemas que aparecen en pandemia	No integra de manera directa la variable de salud mental	

Friedman et al. (2021). COVID-19-Related Ethics Consultations at a Cancer Center in New York City: A Content Review of Ethics Consultations During the Early Stages of the Pandemic. <i>JCO oncology practice</i> , 17(3), e369–e376.	X	Encuesta	✓	✓	✓	Dilema ético del personal salud en atención personas con cáncer	No integra de manera directa la variable de salud mental	
Gebreheat, & Teame, (2021). Ethical challenges of nurses in COVID-19 pandemic: integrative review. <i>Journal of Multidisciplinary Healthcare</i> , 14, 1029.	X	Metaanálisis	✓	✓	✓	Mantenimiento de recursos y su distribución		
Goga, et al. (2021). Parental access to hospitalised children during infectious disease pandemics such as COVID-19. <i>South African medical journal = Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde</i> , 111(2), 100–105.	X	Opinion, estudio descriptivo	X	✓	✓	Manejo ético a infantes y el acceso de padres	No aborda la salud mental en personal sanitario	
González-Duarte, et al. (2021). Bioethics in Medical Care Rationing During the Coronavirus Disease-19 Pandemic. <i>Revista de investigación clínica</i> , 73(1), 1-5.	✓	Revision	X	X	✓	Dilemas éticos	No aparecen términos asociados a salud mental	
Gray, et al. (2021). Nurses' pandemic lives: A mixed-methods study of experiences during COVID-19. <i>Applied nursing research: ANR</i> , 60, 151437.	X	Cualitativo	✓	✓	↔	Las implicaciones en toma de decisiones	No aparecen términos asociados a salud mental	
Hossain, F. (2021). Moral distress among healthcare providers and mistrust among patients during COVID-19 in Bangladesh. <i>Developing world bioethics</i> , 21(4), 187-192.	✓	Análisis desde un marco integrativo	✓	✓	✓	Manejo de recursos y confrontación ante	Su cita está en 2021, el artículo se aceptó 2020	

						la pandemia		
Hughes, & Rushton, C. H. (2022). Ethics and well-being: The health professions and the COVID-19 pandemic. <i>Academic Medicine</i> , 97(3), S98.	✓	Revisión	✓	↔	✓	Diferentes retos éticos	Estudiantes de medicina	
Idilbi, et al. (2021). Examining hospital staff members' preferences for allocating a ventilator to a COVID-19 patient with and without Alzheimer's disease. <i>Geriatric nursing</i> (New York, N.Y.), 42(4), 787–791.	✗	Cualitativa encuesta	✗	✓	✓	Toma de decisiones ventiladores normotípico vs Alzheimer	No menciona salud mental con personal sanitario	
Jia et al. (2021). Nurses' ethical challenges caring for people with COVID-19: A qualitative study. <i>Nursing ethics</i> , 28(1), 33–45.	✗	Estudio cualitativo	✓	✓	✓	Cambios éticos en la toma de decisiones	Ninguno	
Johnson, et al. (2021). Protecting patients and staff in residential treatment centers during exposure to COVID-19: commentary. <i>Addiction science &amp; clinical practice</i> , 16(1), 49.	✗	Comentario	✗	✓	✓	Dilemas éticos cómo manejar pacientes COVID para proteger a la población	No menciona ningún término asociado a salud mental	
Jonsdottir, et al. (2021). A pre/post analysis of the impact of the COVID-19 pandemic on the psychosocial work environment and recovery among healthcare workers in a large university hospital in Sweden. <i>Journal of public health research</i> , 10(4), 2329.	✓	Cualitativo Encuesta	✓	✓	✗	No se aborda ningún parámetro bioético	Rompe el criterio bioético	

Kooli, C. (2021). COVID-19: Public health issues and ethical dilemmas. <i>Ethics, Medicine and Public Health</i> , 17, 100635.	✓	Exploratorio	✓	✓	↕		Responsabilidad y disponibilidad de recursos	
Kreh, et al. (2021). Ethical and psychosocial considerations for hospital personnel in the Covid-19 crisis: Moral injury and resilience. <i>PLoS one</i> , 16(4), e0249609.	✓	Cualitativo	✓	✓	↕	Indirecto	implicación de salud mental en toma de decisiones por estrés moral	
Lamb, et al. (2021). NHS CHECK: protocol for a cohort study investigating the psychosocial impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers. <i>BMJ open</i> , 11(6).	✗	Diseño mixto: cuantitativo / cualitativo	✓	✓	✗	NA	No se aborda ningún dilema ético	
Lesley M. (2021). Psychoanalytic Perspectives on Moral Injury in Nurses on the Frontlines of the COVID-19 Pandemic. <i>Journal of the American Psychiatric Nurses Association</i> , 27(1), 72–76.	✓	Diseño cualitativo	✓	✓	✓	Percepción de daño moral		
Lynch, et al. (2021). Ethical Inclusion of Health Care Workers in Covid-19 Research. <i>Ethics &amp; human research</i> , 43(2), 19-27.	✗							
Maraqa, B., Nazzal, Z., & Zink, T. (2021). Mixed method study to explore ethical dilemmas and health care workers' willingness to work amid COVID-19 pandemic in Palestine. <i>Frontiers in medicine</i> , 7, 980.	✓	Empírico	✓	✓	↕	Deber ético	Indirectamente: el compromiso ético en el mantenerse en la labor y su nivel de estrés	
Miljeteig, I., Forthun, I., Hufthammer, K. O., Engelund, I. E., Schanche, E., Schaufel, M., & Onarheim, K. H. (2021). Priority-setting dilemmas, moral distress and support experienced by nurses and physicians in the early phase of the COVID-19 pandemic in Norway. <i>Nursing ethics</i> , 28(1), 66-81.	✓	Empírico	✓	✓	✓	Dilemas y estrés moral		

Norman, et al. (2021). Moral distress in frontline healthcare workers in the initial epicenter of the COVID-19 pandemic in the United States: Relationship to PTSD symptoms, burnout, and psychosocial functioning. <i>Depression and anxiety</i> , 38(10), 1007–1017.	✓	Cualitativo Encuesta	✓	✓	✓	Estrés moral y su asociación con síntomas de TEPT con implicaciones	No se plantea con claridad algún dilema ético	
Omaña-Covarrubias, A., Nez-Castro, A. T., Moya-Escalera, A., Cuevas-Suárez, C., & del Refugio Acuña-Gorrola, M. (2021). Ethical management of limited medical resources in COVID-19 times. <i>Mexican Bioethics Review ICSA</i> , 2(4), 22-28.	✗		✗	✓	✓	Distribución de recursos y manejo desde los principios éticos	No cumple el criterio de salud mental en personal de salud	
Orchard, et al., (2022). A Review of Legal, Ethical, and Governance Issues for Team Doctors. <i>Clinical journal of sport medicine: official journal of the Canadian Academy of Sport Medicine</i> , 32(3), 248–255.	✗	Estudio exploratorio	✓	✓	✗	NA	No cumple el criterio de dilema moral	
Prado, et al. (2021). Linking worker safety to patient safety: recommendations and bioethical issues for the care of patients in the covid-19 pandemic. <i>Texto &amp; Contexto-Enfermagem</i> , 30.	✓	Análisis reflexivo	↔	✓	✓		Indirectamente aborda el estrés en salud mental	
Rashidi, K., Goudarzi, F., Fadavi, M., & Akrami, F. (2022). Moral Distress and Dilemmas Experienced by Healthcare Professionals during Care of Patients with COVID-19.	✓	Cualitativo, encuesta	✓	✓	✓	Dilemas éticos	No cumple el año	
Smallwood, N., Pascoe, A., Karimi, L., & Willis, K. (2021). Moral Distress and Perceived Community Views Are Associated with Mental Health Symptoms in Frontline Health Workers during the COVID-19 Pandemic. <i>International journal of environmental research and public health</i> , 18(16), 8723.	✓	Cualitativo Encuesta	✓	✓	✓	Estrés moral relacionado al cuidado pacientes, limitación		

						de recursos		
Søvold, et al. (2021). Prioritizing the mental health and well-being of healthcare workers: an urgent global public health priority. <i>Frontiers in public health</i> , 9.	✓	Revisión	✓	✓	✓	Daño moral		
Sperling, D. (2021). Ethical dilemmas, perceived risk, and motivation among nurses during the COVID-19 pandemic. <i>Nursing Ethics</i> , 28(1), 9-22.	✗	Encuesta electrónica	✗	✓	✓	Dilema de disposición de recursos por edad	No aborda la salud mental	
Spilg, E. G., Rushton, C. H., Phillips, J. L., Kendzerska, T., Saad, M., Gifford, W., ... & Robillard, R. (2021). The new frontline: exploring the links between moral distress, moral resilience, and mental health in healthcare workers during the COVID-19 pandemic. <i>BMC psychiatry</i> , 22(1), 1-12.	✓	Análisis factorial	✓	✓	✗	NA	No cuenta con elementos de bioética	
Supady, et al. (2021). Ethical obligations for supporting healthcare workers during the COVID-19 pandemic. <i>European Respiratory Journal</i> , 57(2).	✗		✓	✓	✓			
Thomas, T. A., Davis, F. D., Kumar, S., Thammasitboon, S., & Rushton, C. H. (2021). COVID-19 and moral distress: a pediatric critical care survey. <i>American Journal of Critical Care</i> , 30(6), e80-e98.	✓	Estudio empirico	✓	↔	✓	Estrés moral y toma de decisiones		
Valente, C. O., Silva, F. R. D., Mussi, F. C., Lacerda, M. R., Freitas, K. S., & Rosa, D. D. O. S. (2021). Decision making by health professionals during COVID-19: an integrative review. <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i> , 75.	✓	Meta analisis	↔	✓	✓	Toma de decisiones bajo los supuestos éticos	La salud mental no es una variable	
Wang, Y., Pan, X., & Bai, Y. (2021). The Experience of Patients with COVID-19 in China: An Interpretative Phenomenological Analysis. <i>Psychology research and behavior management</i> , 14, 877-887. <a href="https://doi.org/10.2147/PRBM.S310266">https://doi.org/10.2147/PRBM.S310266</a>	✗	Encuesta semi estructurada	✓	✗	✗		Se enfoca en los pacientes	

Warchol-Biedermann, et al. (2021). Dysfunctional Coping Mediates the Relationship between Stress and Mental Health in Health-Care Staff Working amid the COVID-19 Pandemic. <i>Medical Principles and Practice</i> , 30(4), 395-400.	✗	Empírico	✓	✓	✗		No se identifica ningún tópico de bioquímica
Woodhead, C., Onwumere, J., Rhead, R., Bora-White, M., Chui, Z., Clifford, N., ... & Hatch, S. L. (2021). Race, ethnicity and COVID-19 vaccination: a qualitative study of UK healthcare staff. <i>Ethnicity &amp; health</i> , 1-20.	✗	Cualitativo Entrevista estructurada	✗	✓	✓	Abuso de poder sobre médicos que pertenecen a grupos minoritarios	No se asocia la relación de salud mental y personal en toma de decisiones

*Nota:* No se coloca año como criterio de inclusión debido a que fue un criterio de filtro inicial. Ni la casilla COVID 19, debido a que hubo una selección previa asociada al criterio. ⇔ = Variable indirecta. ✓ = Aquellos artículos que se considera que cumplen el criterio solicitado. ✗ = Aquellos artículos que se considera que no cumplen con el criterio solicitado.

#### Anexo 4. Resultados de la revisión sistemática.

#	Autor y país	Objetivo	Metodología	Resultados y hallazgos
1	Camargo-Rubio Colombia	Analizar los aspectos morales, bioéticos y científicos en las decisiones que se toman en el contexto de recursos escasos por la pandemia COVID-19	E= Cualitativo A= Se realizó una reflexión y análisis (Descriptivo) D= Transversal P= PS AD= Analisis de datos de los aspectos morales y bioéticos durante el COVID	<p>El análisis reflexivo tomo en cuenta 3 ejes 1) Fundamento moral de la decisión, en la cual se analiza la acción moral del acto, el dilema ético, el conflicto de interés y las teorías morales ante el dilema.</p> <p>Fundamento bioético de la decisión, en la cual se analiza la ética profesional del médico, los comités de ética hospitalaria, la ética clínica, la bioética médica y sus principios.</p> <p>Fundamento científico de la decisión, en la cual se analiza el triage/ escalas durante la pandemia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-La sensibilidad moral, el razonamiento bioético y el conocimiento científico son fundamentales ante la toma de decisiones en tiempo de escasez y proyección del recurso.</li> <li>-Las decisiones médicas que se tomen aun en tiempos de pandemia se deben fundamentar en una teoría estructurada que argumente y discuta con bases morales, bioéticas y científicas la mejor decisión médica sin recurrir a razonamientos facilistas, utilitaristas, que ponen al descubierto el desconocimiento de la dignidad humana y los derechos del paciente.</li> </ul>
2	Čartolovni, et al. Croacia	Sintetizar los estudios empíricos sobre el daño moral, debatir la comprensión del concepto en el contexto sanitario y su relación con la angustia moral.	E: Cualitativo A= Descriptivo comparativo D= Transversal P= Enfermeras M= NA AD= Revisión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- n= 7 artículos que abordan daño moral y PS</li> <li>-Angustia moral: Surge cuando se conoce lo que es bueno para el paciente, pero no se puede administrar por cuestiones externas o fuera del control del PS.</li> <li>- La exposición a dilemas morales puede conducir a angustia moral</li> <li>-El daño moral en PS se presenta cuando tienen que atravesar una serie de eventos de índole traumática</li> <li>- El concepto de daño moral se consideró también bajo otros conceptos como estrés de conciencia, arrepentimiento por situación ética, angustia moral y sufrimiento ético y sufrimiento existencial.</li> <li>- Enfermeras han sido testigo de situaciones éticas de difícil manejo, ante, el sufrimiento del paciente y la sensación de no hacer lo suficiente puede conducir de una angustia moral a un daño moral</li> <li>-El daño moral no puede clasificarse dentro del burnout como parte de un problema de salud mental, el daño moral debe verse desde los aspectos éticos.</li> <li>- El termino de estrés de conciencia surge cuando las limitaciones externas obligan a priorizar las tareas sobre la dignidad humana, lo que provoca insensibilidad o ambivalencia ética en el personal sanitario. La prestación mecánica de cuidados resultante, a pesar de la sensación de cumplimiento de las tareas, puede conducir a un sufrimiento ético.</li> </ul>

3	Donkers et al. Países Bajos	Explorar los niveles y causas de "angustia moral" y el entorno ético de las unidades de atención de cuidado intensivo (CI) durante COVID 19.	E= Mixto (Cualitativo cuantitativo) A=Comparativo con grupo control histórico (evaluación histórica de un año atrás) D= Transversal P=Médicos, enfermeras y personal de apoyo CI M= 355 enfermeras, 41 médicos y 108 personal de apoyo I=MMD.HP & EDMCQ. Análisis de entrevista	<p>- La angustia moral fue mayor en enfermeras que en personal de apoyo. Sin diferencia entre internistas.</p> <p>Causas de angustia moral: 1. 1. "Inadecuado apoyo emocional para los pacientes y sus familias" es el mayor estresor moral, intra ítem "No poder permitir que los pacientes y sus familias una despedida digna". 2. "Miedo a contaminación" en todos los profesionales 3. "Atención poco óptima al paciente debido a las restricciones organizativas" máximo estresor en enfermeras.</p> <p><i>Asociaciones entre el malestar moral, el clima ético</i></p> <p>Mayor malestar moral se asociaron menor clima ético en las enfermeras (<math>r = -0,55</math>, <math>p &lt; 0,001</math>) y personal de apoyo (<math>r = -0,47</math>, <math>p &lt; 0,001</math>).</p> <p>Los que consideraron la posibilidad de renunciar a su puesto, informaron de un malestar moral significativamente mayor que los que no lo hicieron (<math>p &lt; 0,001</math>). No correlación con la experiencia laboral o edad.</p> <p><i>Análisis cualitativo</i></p> <p>Estrés moral relacionado con los equipos y recursos no estándar y humanos(16%) Incapacidad de prestar atención psicosocial a los pacientes y sus familias (14%).</p>
4	Drewett, et al. Australia	Examinar los retos y dilemas éticos a los que se enfrenta de la experiencia compartida durante un foro de ética clínica para PS	E= Cualitativo A= Descriptivo D= Transversal M= PS que participó en el foro Austin Health, Melbourne, Victoria. I= NA AD= Análisis reflexivo	<p>-El foro registro angustia moral relacionada con los nuevos escenarios creados por COVID-19, el PS se enfrentó a dilemas éticos asociados con responsabilidades clínicas, y no había habido oportunidad formal para procesar emocional e intelectualmente sus experiencias.</p> <p>-Dilema de larga duración: Las dificultades de equilibrar la investigación y las prioridades clínicas y la preocupación por el malestar en el trabajo o la transmisión de la enfermedad a la familia en casa.</p> <p>-El dilema de asistir y acompañar a un familiar moribundo de enfermedad no infecciosa, poniendo en juego la salud comunitaria.</p>
5	Friedman et al. Estados Unidos	Evaluar como influyó el diagnóstico de cáncer y COVID, en el manejo ético de médicos	E= Mixto Cualitativo cuantitativo A=Descriptivo D=Transversal Retrospectivo P=Médicos M= 26 consultas éticas de 24 pacientes con cáncer I= Análisis de contenido de consultas éticas realizadas en un centro de cáncer.	<p><i>Frecuencia de preocupaciones primarias:</i></p> <p>1) Cuestiones de interpretación sobre el código ético (n=11). 2) Obligación de proporcionar tratamiento no beneficioso (n=3) 3) Autonomía de la persona (n= 3). 4) Asignación de recurso (n= 3) 5) Prestar atención cuando el riesgo supera el beneficio potencial del paciente (n=3)</p> <p><i>Condiciones contextuales únicas del COVID 19</i></p> <p>6. Preocupación por la seguridad pública, ante solicitud de alta en contra del consejo médico 7) Decisiones considerando los códigos, debido a la incapacidad de llegar a sustitutos.</p> <p><i>Análisis de contenido de cuestiones éticas:</i></p> <p>-Si debían presentar cuidados con poco o ningún beneficio para los pacientes y con alto riesgo para el personal.</p>

				<p>- El reto en aplicar el principio de proporcionalidad, sobre los riesgos para el personal cuando las intervenciones son potencialmente no beneficiosas.</p> <p>-El deber de avisar a las autoridades de salud pública en el caso de pacientes que amenazaron con irse en contra del consejo médico.</p>
5	Gebreheat & Teame  Etiopía	Identificar los principales desafíos éticos que enfrentan las enfermeras durante la pandemia de COVID-19	E= Cualitativo A= Revisión pautas PRISMA-P D= Transversal P= Enfermeras I= Bases de datos electrónicas: PubMed, Google Scholar, JURN, Cochrane Library E-journals, MEDLINE, Academic Search Complete, CINAHL.	<p>- N=8 artículos, sobre los desafíos éticos de las enfermeras durante la pandemia clasificando los desafíos en: seguridad de las enfermeras, rol y angustia moral, asignación de recursos y relación enfermera-cliente.</p> <p>1. Dada a la naturaleza contagiosa del virus, la falla de cualquier protección personal tanto a enfermería como usuarios induciendo inducir angustia moral.</p> <p>2. Desafío ético: asignación justa de los recursos médicos, justicia en el intento de la ética médica que implica equidad en decisiones médicas. Las enfermeras estaban tomando decisiones borrosas sobre varios temas “que pacientes tienen más probabilidades de entrar a UCI y ventilación mecánica”</p> <p>3. La interacción enfermera-paciente se vio afectada negativamente, en contexto normotípico son quienes apoyan a proceso de muerte y duelo tranquilo, en la contingencia muchas personas morían en aislamiento de la UCI separadas de sus familias.</p> <p>4. Los enfermeros no eran capaces de cumplir la voluntad y deseos de los pacientes (en contra del principio de autonomía).</p>
	Hossain  Estados Unidos	Analizar la importancia de las relaciones interpersonales en la conducción del cambio	E= Cualitativo A= Descriptivo. Analisis ensayo D= NA P= PS I= NA	<p>-La mala calidad sanitaria de Bangladesh (Alemania). COVID 19 desestabilizó sistema de salud. Desconfianza hacia el sistema sanitario: social, institucional e interpersonal.</p> <p>-Causas de angustia moral: 1) Los proveedores en atención médica se enfrentan en aumento de los niveles de angustia moral debido al sistema deficiente y quebrado, sin políticas legislativas 2) Desafío ético y escasez de equipo de protección personal “¿Cuidar a los pacientes en lugares peligrosos o aceptar mis derechos y responsabilidades de cuidar de mí mismo y proteger a mi familia?” Éticamente desafiante y estresante.</p> <p>- Hay efectos adversos no deseados en proveedores de atención médica que muchos experimentan como una forma de trauma, que requiere de intervenciones psicológicas.</p> <p>- Se recomienda: Mejorar las acciones éticas en consonancia con cambios en los procesos de todo el sistema.</p> <p>- Urgente necesidad de adopción e inclusión de capacidad de respuesta como mejores prácticas normativas: amabilidad, respeto, informar, orientar, generar confianza y optimizar el beneficio.</p>
8	Hughes, et al.	Implícito: Brindar generalidades sobre la importancia de la capacitación docente para	E= Cualitativo A= Descriptivo. Analisis ensayo D= NA	<p>-El bienestar del PS se vio afectado por la angustia moral y la amenaza de infección para ellos y su familia.</p> <p>-Impacto de COVID-19 en el bienestar, ética y profesionalismo</p>

	Estados Unidos	crear espacios seguros y abordar la adversidad moral.	P= PS I= NA	<p>-El sacrificio personal prolongado puede llevar a las personas a buscar otras carreras o a abandonar la profesión por completo</p> <p>-La angustia moral puede surgir cuando la organización da por sentado que siempre estarán a la altura de las circunstancias para sus pacientes y la preocupación sobre brindar una atención segura.</p> <p>-Es necesario que los sistemas de salud académicos respalden una respuesta sólida de salud pública y que alumnos dominen conceptos para promover la salud humana.</p> <p>-Responder a necesidades urgentes de la comunidad mostró a estudiantes que la ética profesional debe abordar la salud de la población y los determinantes sociales a través de la ciencia de los sistemas de salud.</p> <p>Necesidad urgente de ampliar contenido de planes de estudio de medicina y enfermería para abordar específicamente el reconcomiendo de la moralidad, resiliencia moral y formación clínica relacional y experiencial en bioética.</p>
9	Jia et al., (2021) China	Examinar los desafíos que enfrentan enfermeras que atienden a pacientes con neumonía por coronavirus y brindarle sugerencias y apoyo a la promoción de su salud mental	E= Cualitativo A=Análisis de contenido cualitativo D= Transversal P= enfermeras M= 18 enfermeras que trabajan en unidades designadas para cuidar pacientes con COVID en Wuhan. I= Entrevista estructurada	<p><i>-Dilemas éticos</i></p> <p>a) Muchos pacientes en estado crítico eran incapaces de comunicarse eficazmente, lo que les impedía elegir planes de tratamiento// Ocultarles información a los pacientes porque la información empeoraba su estado de salud. No poder brindarles apoyo emocional y negarles el contacto con sus familias b) Inequidad: El Rol ambiguo entre enfermeras y doctores y que no realizaban sus papales como médicos c) ética profesional: Los requerimientos de protección eran demasiado costosos en tiempo, lo que ponía en riesgo la calidad de atención a los pacientes.</p> <p><i>Estilos positivos de afrontamiento de los desafíos éticos</i></p> <p>Todas las enfermeras experimentaron diferentes tipos y grados de desafíos éticos, pero adoptaron un afrontamiento positivo, estilos que incluyen: control activo y planificación, búsqueda de apoyo, catarsis, concentración. Eran conscientes de sus emociones nocivas y de sus posibles efectos negativos.</p> <p>Hallazgos: La experiencia de los desafíos ayudó a enfermeras a desarrollar su responsabilidad y dedicación profesional.</p>
10	Kooli (2021) Qatar	Explorar los dilemas éticos a los que enfrentan los sectores de salud pública alrededor del mundo en la lucha contra el COVID 19.	E= Cualitativo D=Descriptivo A= Exploratorio P=PS de España M= No se especifica A= Thematic analytical framework	<p>- Dilemas éticos clasificados en: 1) conductas no éticas por coerción y 2) conductas no éticas por elección.</p> <p>- Presencia de dilemas éticos en el dominio de la suspensión de servicios de no emergencia, privación a una sección de la población dado los escasos de productos, los problemas en la reducción de la carga de muertes dado el aislamiento y la cuarentena y las cuestiones éticas que surgen en el dominio de las decisiones y compensaciones que enfrentan los trabajadores del sector de la salud pública.</p>

				-Recomendaciones: 1) relacionadas con la mejora de políticas públicas y salud; 2) Ligadas a las regulaciones y leyes para la protección de personal médico y ciudadanos.
11	Maraqa, el at., <i>Palestina</i>	Evaluar la voluntad de trabajar en PS Palestinos, y los factores que la influyen.  Explorar los dilemas éticos durante la pandemia de Covid 19.	E= Mixto (Cualitativo y cuantitativo) A=Descriptivo D=Transversal P=médicos, enfermeras, laboratoristas y técnicos radiólogos M= Primera fase: cuestionario online, segunda fase: entrevistas semiestructuradas I= Cuestionario en línea dirigido a PS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 25% del PS no estaba dispuesto a trabajar durante la pandemia</li> <li>- Médicos y enfermeras mostraron mayor disposición a trabajar que otros profesionales de la salud</li> <li>- Un menor nivel de estrés y, una mayor experiencia laboral fue predictores de mayor disposición a trabajar durante la pandemia.</li> <li>- Aunque había una falta de voluntad de trabajar, eso no impidió que los trabajadores de la salud cumplieran con sus deberes a pesar de las cargas de trabajo extenuantes y los temores graves sobre la seguridad y la protección.</li> <li>- El PS se sintió poco preparado, no apreciados y frustrados por la distribución de injusta del trabajo; su ocupación presentaba problemas de seguridad adicionales.</li> <li>- Es más probable que médicos y enfermeras cumplan con su ética profesional y el cumplimiento de sus tareas laborales.</li> </ul>
12	Mediavilla et al. España	Analizar la asociación entre estresores laborales (acceso a equipo de protección, cambio de funciones laborales y la priorización de la toma de decisiones en pacientes) y la salud mental (síntomas depresivos, distrés psicológico, pensamientos suicidas y miedo a la infección) en PS de España en el inicio de COVID 19.	E= cuantitativo A=Correlacional D=Transversal P=PS de España M= 2.370 profesionales de la salud I= Entrevista. Depresión: PHQ-9. Distrés psicológico GHQ-12. Deseos de muerte C-SSRS) A= Modelo de regresión de efectos mixtos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 74% de la muestra dio positivo para distrés en el GHQ-12; 27% fueron positivo para probable depresión en PHQ-9; 7% presentaron deseos de muerte y 17% ideación suicida</li> <li>- Los puntajes más altos de estresores fue miedo a infectar a familiares y amigos que a infectarse ellos mismos.</li> <li>- <i>Análisis de regresión:</i> Mayor probabilidad de depresión y distrés psicológico si hay un acceso reducido de equipo de protección, cuando se deben tomar decisiones sobre la priorización del paciente o cuando fueron reasignados a posiciones diferentes a su usual trabajo.</li> <li>- Los deseos de muerte también fueron frecuentes entre aquellos que fueron reasignados.</li> <li>- Problemas de salud mental previos fueron asociados con el puntaje de depresión, de distrés y con la probabilidad de reportar deseos de muerte, pero NO con el miedo a ser infectado o infectar a sus familiares y amigos.</li> <li>- Los estresores relacionados con el trabajo -acceso al equipo de protección, cambios en las funciones laborales, y la toma de decisiones relacionada con la priorización del paciente- están directamente relacionados con distrés psicológico, sintomatología depresiva y deseos de muerte.</li> </ul>
13	Miljeteig et al., (2021)	Describir los dilemas de establecimiento de prioridades, el distrés moral y el apoyo vivido por los médicos y enfermeras en las	E= cuantitativo A=Descriptivo D=Transversal P=PS de Noruega occidental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 67% de la muestra había vivido dilemas de establecimiento de prioridades en las últimas dos semanas</li> <li>- El 59% de casos hubo dificultades por los escasos de recursos, las consecuencias severas fueron raras.</li> </ul>

	Noruega	especialidades medicar durante la fase inicial de la pandemia del Covid en Noruega occidental	M= 1,606 profesionales de la salud I= Entrevista: dilemas de establecimiento de prioridades. Angustia moral: MDt-utilizando el apoyo al personal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los niveles de angustia moral fueron bajos (2.9/10) en la muestra general, el más afectado fue el personal reasignado (inseguridad de desempeñar un buen trabajo), los directores y el personal de psiquiatría o de medicina de las adicciones.</li> <li>- La baja angustia moral se explica por el apoyo psicosocial entre amigos, familiares y personal de hospital durante la pandemia.</li> <li>- El respaldo de las estructuras colegiadas y gerenciales existentes y discusiones con colegas y el recibir retroalimentación e información de los directores que escucharon y actuaron según los comentarios, resultó más útil que los mecanismos de apoyo externo.</li> <li>- Las pautas para el establecimiento de prioridades también fueron útiles.</li> </ul>
14	Valente et al (2021) <i>Brasil</i>	Analizar producciones científicas sobre la toma de decisiones de profesionales de salud frente al COVID-19	E= Cualitativo (revisión sistemática) A= Descriptivo D= Transversal M= 18 artículos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- n= 18 estudios, principalmente de Estados Unidos, de Europa occidental, dos de Asia y ninguno de Sudamérica.</li> <li>-El 56% de los estudios fueron cualitativos y descriptivos</li> <li>- 12 artículos analizados: decidir entre ofrecer recursos (ventilación mecánica, camas en la UCI) a personas mayores (de 80 años o más) con recursos son escasos, o utilizarlos para atender a personas con COVID-19.</li> <li>-Las guías estadounidenses e inglesas tomaron decisiones con base en algoritmos de principios utilitarios.</li> <li>- La bioética debe generar espacios de comités donde se trabajen las implicaciones de la pandemia</li> <li>- Los protocolos, algoritmos y guías no siempre son suficientes para subvencionar, sin embargo, los principios bioéticos fundamentales deben guiar cualquier decisión en salud</li> </ul>
15	Prado,et al. <i>Brasil</i>	Discutir las implicaciones de la conexión entre la seguridad y las cuestiones bioéticas para las decisiones de tratamiento basado en evidencias, durante la pandemia del COVID-19.	E= Cualitativo A= Análisis reflexivo D= Transversal P= Trabajadores de salud, pacientes M= sin especificar. I= Análisis reflexivo con pregunta orientadora basada en marco de la bioética principalista, principios de no maleficencia, beneficencia, respeto a la autonomía y justicia. “¿Cómo la seguridad del profesional y del paciente puede vincularse a cuestiones bioéticas,	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Conectar la seguridad del profesional a la seguridad del paciente es un imperativo para una atención segura durante la pandemia del COVID-19.</li> <li>-Aspectos como calificación profesional, suministro y uso adecuado de los Equipamientos de Protección Individual, permean un ambiente de crisis económica y política que agudiza tensiones y puede interferir en la toma de decisiones, afectando especialmente los resultados de la asistencia prestada.</li> </ul> <p><i>Propuestas para apoyar a PS en la toma de decisiones en cuestiones bioéticas en el manejo de recursos generados a partir del COVID 19:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Maximizar beneficios: incluir salvar más vidas y más años de vida. Las personas que están enfermas pero que podrían recuperarse si reciben TX <u>tienen prioridad</u> sobre aquellas que tienen pocas probabilidades de recuperarse incluso si reciben TX</li> <li>2.Las intervenciones críticas de COVID-19, incluidas las pruebas, el EPP, las camas de UCI, los ventiladores, las terapias y las vacunas deben dirigirse primero a trabajadores de atención médica de primera línea y personas que atienden a pacientes y mantienen la infraestructura crítica en funcionamiento</li> </ol>

			durante la pandemia del COVID-19?"	<p>3. Pacientes con pronósticos similares, la igualdad debe ser invocada y operativizada a través de la asignación aleatoria.</p> <p>4. Pautas de priorización que deben diferir según la intervención y deben responder a la evidencia científica cambiante. Actualmente, prioridad a PS y pacientes mayores.</p> <p>5. Personas que participan en estudios para investigar la seguridad y eficacia de vacunas y terapias deben recibir prioridad para las intervenciones porque asumen un riesgo durante su participación en la investigación y ayudan a futuros pacientes,</p> <p>6. No debe haber diferencia en la asignación de recursos escasos entre pacientes con COVID-19 y aquellos con otras condiciones médicas. Si la pandemia conduce a escasez absoluta, la escasez afectará a todos los pacientes, incluidos con insuficiencia cardíaca, cáncer, etc.</p>
16	Rashidi et al. <i>Irán</i>	Explicar los retos éticos vividos por los PS en cuidado de pacientes COVID 19 durante las primeras fases de la pandemia	<p>E= Cuantitativo A=Exploratorio D= Transversal P= PS M= 18 personas I= entrevista semi estructurada con problemas éticos A=Análisis de contenido</p>	<p>-<i>Categorización de problemas éticos:</i> 1) Pobre cuidado profesional: comunicación interrumpida, ambigüedad del rol de las enfermeras, cuidado sin compasión 2) Preferencia de los intereses públicos sobre el cuidado individual: ignorancia del cuidado centrado en la familia y falta del cuidado del duelo Dificultad en la toma de decisiones: ambigüedad en los estándares de cuidado y decisión forzada.</p> <p>- Angustia moral: Alta carga de trabajo y actitudes negativas, preocupaciones sobre el COVID y la transmisión a miembros de la familia, clima ético no certero, fatiga emocional.</p>
17	Sánchez-García et al. <i>España</i>	Los objetivos planteados son conocer las experiencias sanitarias desde una perspectiva bioética y legal en la COVID-19.	<p>E= Cualitativo A=Descriptivo D= Transversal M= No se especifica cuantos artículos incluyó</p>	<p>-Los aspectos que influyen en la toma de decisiones en contexto de escasos y asignación de recursos son: sensibilidad moral, razonamiento bioético y conocimiento en toma de decisiones clínicas.</p> <p>- Las competencias de las autoridades sanitarias para restringir derechos en situación de crisis explotan el fundamento constitucional de la protección de la salud.</p> <p>-En la clínica las experiencias llevan a la reflexión de las cuestiones éticas de los profesionales en cuidados críticos ante los escasos de recursos.</p> <p>-La pandemia hace visible la vulnerabilidad humana y cómo la formación moral y su detonante emotivo pueden ser útiles para desarrollar estrategias eficaces en futuras emergencias</p> <p>-Pacientes que no pueden acceder a recursos, deberán ser tratados con cuidados paliativos para una muerte digna</p>

18	Smallwood et al., (2021)  Australia	Investigar la severidad, prevalencia y los predictores de distrés moral experimentados por los trabajadores de la salud durante la pandemia del COVID 19.	E= Cuantitativo A=Correlacional D= Transversal P= PS de Australia M= PS, personal auxiliar I=Entrevista: impacto de la pandemia Ansiedad: GAD-7, Depresión: PHQ-9, TEPT: IES-6, Burnout: MBI, Resiliencia: CD-RISC-2 A=Regresión lineal	Angustia moral relacionada a: 1) 58.3% escasos de recursos 2) 21.7% con el uso de equipo personal de protección (PPE) 3) 31.7% por su limitada habilidad para cuidar de los pacientes 4) 60.2% exclusión de la familia por ir en contra de sus valores 5) 55% miedo de dejar a sus colaboradores si eran infectados -Las personas con mayor riesgo al distrés fueron encontradas en personas en la primera línea, en localidades metropolitanas y en aquellos con historial de enfermedad mental - La angustia moral fue asociado con un aumento en el riesgo de ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático y burnout.
19	Sovold, et al.  India	Proporcionar una descripción general basada en la evidencia de los impactos adversos de la salud mental en la atención de los trabajadores durante tiempos de crisis y otras condiciones de trabajo desafiantes y resaltar la importancia de priorizar y proteger la salud mental y el bienestar del personal sanitario	E= Cualitativo A= Descriptivo D=Transversal - Retrospectivo P= Trabajadores de salud. M= Personal sanitario (revisión narrativa) I= sin especificar	-Las necesidades de salud mental en PS son una preocupación de salud pública y una amenaza para la prestación de atención de calidad -Normalizar discusiones sobre salud mental entre médicos y otro PS puede ayudar a reducir el estigma, mientras que establecer programas de detección y prevención a largo plazo puede prevenir agotamiento problemas de salud mental. El riesgo de daño moral puede ser alto cuando se enfrenta a una gran carga de trabajo, estrés, equipos limitados o decisiones difíciles. Recomendaciones: 1) Promulgar intervenciones y programas nacionales y locales basados en evidencia para apoyar a la salud y el bienestar de los trabajadores de atención médica de primera línea en una perspectiva a largo plazo 2)Desde la experiencia de expertos de salud, bienestar y ciencias del comportamiento guiar la implementación de soluciones, garantizar un diseño y análisis claros de evaluación para la mejora continua 3) Crear bases de conocimientos nacionales (información, herramientas y recursos) diseñadas para mejorar las necesidades de resiliencia y bienestar de los trabajadores y sus líderes en tiempos de crisis, recuperación y reconstrucción 4) Asegurar niveles adecuados de dotación de personal en los sistemas de salud y salarios justos para los trabajadores. 5) Alentar la búsqueda de ayuda y garantizar los recursos de salud mental disponibles para los trabajadores de salud de primera línea en peligro 6) Condenar y combatir la estigmatización del PS de primera línea. 7)Aumentar los esfuerzos para desestigmatizar la salud mental en toda la sociedad 8) Garantizar un diálogo más amplio y factible sobre la salud mental en el lugar de trabajo.
20	Sperling  Israel	Examinar como las enfermeras israelíes responden a los dilemas éticos y la tensión durante el brote de COVID-19 y en qué	E= Mixto (Cualitativo cuantitativo) A= Correlativo – descriptivo D= Transversal	Dilema: La combinación de altas demandas laborales y bajos recursos, incluido el equipo de protección personal de atención médica crea un estrés significativo y puede afectar la salud. La decisión sobre si los proveedores permanecerán y cumplirán con sus deberes en tiempos de emergencia depende de su propia evaluación de riesgos y sistema de valores, además las enfermeras pueden negarse a atender a pacientes con enfermedades contagiosas por

		medida esto se asocia con el riesgo percibido y la motivación para brindar atención	<p>P= enfermeras y profesionales de la salud en la comunidad de enfermería en todo Israel.  M= 231 enfermeras  I= Cuestionario de 53 preguntas. 18 ítems tomados de cuestionario validado existente. Seis índices: ética, influencia social, evaluación de pautas, confianza en pacientes con COVID-19, elección de profesión y criterio de priorización de pacientes.  AD: T para muestras independientes Prueba F para análisis de varianza.  Correlaciones: Pearson y Spearman.</p>	<p>estigmatización. El dilema más complejo se refiere a una mentalidad de evitación del paciente y una preferencia por atender a pacientes no infecciosos.  <i>Cuantitativos:</i>  Riesgo percibido: promedio de percepción de riesgo de contraer COVID “relativamente alto” M (6.2), DE (2.5).  Las enfermeras de cuidados intensivos (medicina interna o coronavirus) tienen percepción de riesgo más alto que otras enfermeras (p= 0.02).  Entre mayor es su educación, mayor nivel de riesgo percibido (r= 21; p= 0.00). Las enfermeras registradas califican riesgo percibido más alto que las enfermeras internas (p= 0.05).  <i>Dilemas éticos:</i> 74.7% no creen que tengan derecho a negarse a tratar a ciertos pacientes durante el brote. 63.7% de acuerdo en que ni una enfermera registrada ni un interno tienen derecho a negarse a tratar pacientes que quedan ponerlos en riesgo.  <i>Correlación;</i>  -No se identifica correlación entre el riesgo percibido con el género, edad, estado civil, nacionalidad, religión, experiencia laboral, campo de especialización, tipo o tamaño de la unidad, proximidad a personas en riesgo o capacitación en COVID-19 de los encuestados.  -Cuanto mayor es el nivel de riesgo percibido por las enfermeras, más temen ir a trabajar (r= 0.19; p= 0.01)  -Cuanto más capacitadas son las enfermeras, menos temen asistir a laborar debido al riesgo potencial (r= -0.14; p= 0.04).  - Enfermeras de hospitales privados temen más trabajar que las enfermeras de otros entornos laborales (p=0.04)  -Correlación negativa entre el sentido de competencia para tratar a los pacientes de los que son responsables y su creencia de que tienen derecho a rechazar el tratamiento de ciertos pacientes debido al brote (r= -0.21; p= 0.00).  -Entre mayor es el miedo de tratar pacientes enfermos, mayor es la creencia de que tienen derecho a rechazar brindar TX a ciertos pacientes (r= 0.10; p= 0.00).  -Las preocupaciones éticas se pueden manejar a través de un clima ético positivo y apoyo institucional</p>
21	Supady, et al.	Describir las obligaciones recíprocas de la Sociedad con el PS para limitar el número de pacientes y reducir la tensión en el sistema de salud.	<p>E= Cualitativo  A= Análisis reflexivo  D= NA  P= Trabajadores de salud  M= NA</p>	<p><i>Factores estresantes en PS:</i> 1. Estrés físico. 2. Horas Extras 3. Miedo a infectarse o transmitir infecciones familiares o amigos que no tienen COVID-19 4. No hay límites espaciales o temporales concebibles de la pandemia 5. Aislamiento social 6. Miedo a perder familiares 7. Frustración con líderes políticos. 8. Incertidumbre con la información 9. Angustia moral.</p>

	Alemania		I= Análisis reflexivo mediante carta al editor	<p>El PS esta expuestos a numerosos factores estresantes y como resultado altas tasas de agotamiento físico, miedo y ansiedad, trastornos del sueño, insomnio y depresión. trastorno de estrés postraumático y suicidio, presentando los siguientes estresores</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Condiciones de trabajo físicamente estresantes y presenciar el sufrimiento y muerte de un gran número de pacientes.</li> <li>2.Cuando los recursos no pueden satisfacer por completo la demanda, los trabajadores de la salud pueden experimentar angustia moral debido a decisiones de racionamiento.</li> <li>3. Estrés al enfrentarse a patógeno altamente contagioso como síndrome respiratorio agudo severo.</li> <li>4. Apoyar a los trabajadores de la salud no solo es una cuestión de salud física y mental, están en juego cuestiones morales de responsabilidad, solidaridad y justicia. Los trabajadores de la salud no solo tienen la obligación profesional y legal de brindar atención sino también una obligación moral basada en aceptación de códigos profesionales</li> <li>5. Es discutible hasta qué punto esta obligación es apropiada en una situación en la que su aceptación supondría una amenaza importante para la salud y bienestar del personal sanitario</li> </ol> <p>Aislamiento social El apoyo continuo para el PS es fundamental en todos los niveles. Debe estar dirigido a proteger y mantener el bienestar mental y físico y la identificación temprana de cuando están en riesgo.</p>
22	Thomas et al., 2021 Estados Unidos	Investigar si los profesionales en cuidado pediátrico crítico están experimentando angustia moral durante la pandemia del COVID 19 y de ser así determinar las razones.	E= Cuantitativo A=Exploratorio D= Transversal P= Personal de salud en el área pediátrica M= 337 personas I= entrevista especializada	<p>-85.8% de las personas reportaron angustia moral</p> <p>-Las enfermeras reportaron mayor distrés que otros profesionales.</p> <p>-Las razones de distrés fueron: seguridad psicológica, expectativas de liderazgo, conexiones con una comunidad moral, y responsabilidad social vs profesional.</p> <p>-La mayoría de los profesionales (76%) tienen confianza de su habilidad para razonar a través de un dilema ético y pensar claramente cuando se confrontan con un reto ético incluso bajo presión (78.9%).</p> <p>-Los profesionales cuentan con resiliencia moral para enfrentar los dilemas.</p>
<p>Enfoque cuantitativo/ cualitativo; D= Diseño. A= Exploratorio, P= Población; M= muestra; I= Instrumentos. FA= Analisis Factorial. TX= Tratamiento . PS = Personal sanitario (sinónimos como trabajadores de la salud, proveedores de salud). <i>Instrumentos</i>: MMD-HP= Measurement of Moral Distress for Healthcare Professionals; EDMCQ= Ethical Decision-Making Climate Questionnaire, MDT=Moral Distress Termometer PHQ-9= Patient Health Questionnaire. GAD-7= Generalized Anxiety Disorder, IES -6= Abbreviated Impact of Event Scale (IES-6), MBI= Abbreviated Maslach Burnout Inventory, CD- RISC-2= An abbreviated version of the Connor-Davidson Resilience Scale</p>				