

## **Malestar psíquico, conciencia de mortalidad y fatiga laboral en profesionales de la salud durante el trabajo en pandemia**

Por Marina Bramajo<sup>1</sup>, Carolina Soruco<sup>2</sup>, Vanesa Miana<sup>3</sup>, Paola Aldegani<sup>4</sup>, Facundo Blanco Villalba<sup>5</sup>, Catalina Camus<sup>6</sup>, Marcelo Blanco Villalba<sup>7</sup>, Mauricio Camus<sup>8</sup>, Elio Prieto González<sup>9</sup>

Equipo de Colaboradores: Dra. Rabadán Alejandra†, Dr. Puyol Jorge, Lic. Dra. Daniel Ester, Lic. Luca Schenone, Dr. Dimario Gonzalo, Dra. Brusca Maria Isabel, Dr. Niewiedosky Dario, Dra. Manfredi Carolina, Dr. Vojvidic Iván, Dr. González Mauricio.

*Fecha de recepción: 10 de febrero de 2022*

*Fecha de aceptación: 17 de julio de 2022*

ARK-CAICYT: <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s23626542/fv339h3wa>

*A la memoria de la Dra. Alejandra Rabadan*

### **Resumen**

La pandemia de Covid-19 ha causado una tensión extrema en los sistemas de salud. Los trabajadores involucrados directa o indirectamente en el tratamiento de los pacientes han experimentado un aumento de la carga de trabajo y

---

<sup>1</sup> Médica Psiquiatra. Centro Médico Austral. Universidad Abierta Interamericana. Sociedad Argentina de Cancerología, Buenos Aires, Argentina. E-mail: marina.bramajo@centromedicoaustral.com.ar

<sup>2</sup> Psicóloga Clínica, Infante Juvenil. Terapeuta familiar y especialista en duelo. Práctica privada. Santiago de Chile.

<sup>3</sup> Prof. Lic. en I. Quirúrgica. Centro de Altos Estudios en Ciencias Humanas y de la Salud (CAECIHS), Universidad Abierta Interamericana. Buenos Aires, Argentina.

<sup>4</sup> Lic. en Nutrición. Universidad Isalud. Centro de Altos Estudios en Ciencias Humanas y de la Salud (CAECIHS) Universidad Abierta Interamericana, Buenos Aires, Argentina.

<sup>5</sup> Lic. en Biología. Centro Médico Austral. Argentina. Buenos Aires, Argentina.

<sup>6</sup> Psicóloga Clínica, Infante Juvenil, terapeuta familiar. Práctica privada. Santiago, Chile.

<sup>7</sup> Médico Oncólogo. Centro Médico Austral. Universidad Abierta Interamericana. Sociedad Argentina de Cancerología, Buenos Aires, Argentina.

<sup>8</sup> Médico Cirujano Oncólogo. Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

<sup>9</sup> Médico Genetista. Centro de Altos Estudios en Ciencias Humanas y de la Salud (CAECIHS) Universidad Abierta Interamericana. Buenos Aires, Argentina. E-mail: elio.prieto@UAI.edu.ar

de eventos negativos asociados a la falta de tratamientos efectivos, la elevada mortalidad y la posibilidad del colapso sanitario. Objetivo: Caracterizar mediante una encuesta respondida por 1009 profesionales de la salud, la autopercepción de síntomas de ansiedad, depresión, desgaste laboral y trastornos del sueño, así como de la conciencia de mortalidad durante el trabajo en pandemia por Covid-19. Métodos: Se aplicó una encuesta autoadministrada, elaborada *ad hoc* en *Google Forms*. Los datos estadísticos se analizaron mediante el programa RStudio. Resultados: El 35% de los encuestados presentó síntomas de depresión, el 45% de ansiedad, el 78% de alteraciones del sueño y en el 15% se evidenció desgaste profesional, mientras que en el 67% aumentó la conciencia de mortalidad. Los factores más relacionados con la presencia de malestar psíquico son: el trabajo directo con pacientes con Covid-19, el género femenino, la menor edad y la profesión de enfermería. Conclusiones: Los profesionales de la salud que se encuentran involucrados directamente en la atención a pacientes contagiados con Covid-19, experimentan síntomas, que en su conjunto constituyen la evidencia del malestar psíquico asociado al trabajo con un gran número de personas que sufren, simultáneamente, una enfermedad *potencialmente letal* y que ha generado también cambios en la conciencia de mortalidad. El presente estudio contribuye a la objetivación de los desfavorables efectos del trabajo en pandemia sobre los trabajadores sanitarios y aporta evidencias para el desarrollo de medidas de cuidado psicofísico, en una situación que se mantiene tensa, en virtud de las sucesivas olas de contagios.

**Palabras claves:** Covid-19, personal de salud, malestar emocional, conciencia de mortalidad.

### **Abstract**

The Covid-19 pandemic has caused extreme stress on healthcare systems. Workers directly or indirectly involved in the treatment of patients have experienced increased workload and negative events associated with the lack of effective treatments, high mortality and the possibility of health care collapse Objective: To characterize through a survey answered by 1009 health care professionals, the self-perception of symptoms of anxiety, depression, job burnout and sleep disorders, as well as awareness of mortality during work in the Covid-19 pandemic. Methods: A self-administered survey, developed *ad hoc* in *Google Forms*, was administered. Statistical data were analyzed using RStudio software. Results: 35% of the respondents presented symptoms of depression, 45% anxiety, 78% sleep disturbances and 15% showed professional burnout, while 67% had increased awareness of mortality. The factors most related to the presence of psychic distress are: direct work with patients with Covid-19, female gender, younger age and nursing profession. Conclusions: Health professionals who are directly involved in the care of patients infected with Covid-19 experience symptoms, which together constitute evidence of the psychic distress associated

with working with a large number of people who suffer, simultaneously, from a potentially lethal disease and which has also generated changes in mortality awareness. The present study contributes to the objectification of the unfavorable effects of pandemic work on health care workers and provides evidence for the development of psychophysical care measures in a situation that remains tense due to successive waves of contagions.

**Keywords:** Covid-19, health, workers, emotional distress, mortality awareness.

## Introducción

El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló al brote de SARS-COV-2 como una “emergencia de salud pública de interés internacional”, ya para el 11 de marzo se había declarado como pandemia, puesto que la epidemia estaba afectando a más de un continente y los casos de cada país se generaban por transmisión comunitaria.

La inexistencia de tratamientos curativos y el tiempo hasta la probable aparición de vacunas, determinó que los estados implementaran políticas con altos impactos socio sanitarios, económicos y psicológicos sin precedentes para la población a nivel global (Qiu, et al., 2020). Los sistemas de salud de todos los países han debido prevenir, tratar y paliar los efectos de la enfermedad, que ya cuenta con **535.248.141** casos confirmados y **6.313.229** personas fallecidas al 16 de junio de 2022. (WHO, 2022).

Cualquiera que haya sido la decisión de los gobiernos, de adoptar o no cuarentenas, aislamiento o distanciamiento social, la naturaleza de esta infección viral, de transmisión interpersonal y con un muy alto nivel de contagiosidad, trajo aparejada la ineludible adopción de nuevos hábitos higiénicos, como el correcto lavado de manos, el uso de mascarilla y el aumento de la distancia física entre las personas, entre otras transformaciones de la cotidianidad.

La crisis global generada, cuestionó la confianza en la capacidad de la práctica médica, dado el desconocimiento inicial sobre tratamientos realmente eficaces para reducir la mortalidad, así como para la prevención inmunitaria de esta enfermedad, en un mundo híper comunicado en el que como nunca antes, los habitantes de una ciudad experimentan el conteo mortal de las víctimas, no sólo de su entorno cercano, sino que de prácticamente todo el planeta y en tiempo real.

Es temprano aún para poder dimensionar a cabalidad, cuáles serán las múltiples consecuencias de la pandemia por Covid-19 y las cuarentenas implementadas sobre el personal de salud, especialmente en quienes han sido denominados de primera línea, los que se han visto sometidos a experiencias traumáticas que los han puesto al límite. Estas experiencias se configuran en diferentes factores estresantes, tales como los cambios en la modalidad del trabajo asistencial, el riesgo de enfermarse, la falta de elementos de protección personal (EPP), el temor y la

conciencia de responsabilidad por el riesgo de contagiar a seres queridos, la posibilidad de ser estigmatizados, la experiencia cotidiana de la muerte, la posibilidad de enfrentarse al llamado “dilema de la última cama”, unido a la falta de descanso, sólo por nombrar algunos (Brooks, et al., 2020, Gutiérrez, et al., 2020; Galea, et al, 2002). El cambio en las condiciones laborales, con largos turnos de trabajo, ha contribuido al deterioro emocional presente en parte de los trabajadores sanitarios desde que se los decretó como “personal esencial”, el que debe estar disponible las 24 horas, los 7 días de la semana (Antiporta, et al, 2020; Varela, et al, 1999).

Al encontrarse con una enfermedad que amenaza la vida, como el COVID-19, el sujeto se enfrenta a la condición de finitud que constituye a los cuerpos biológicos, como también a la incertidumbre sobre el futuro, a la preocupación por los seres queridos, por aquellos que pueden enfermar y por aquellos que le pueden sobrevivir en caso de enfermar y morir. Ante la pandemia, se ha observado un incremento de los síntomas de ansiedad, depresión y estrés en la población general y, especialmente, en el personal sanitario. Estudios previos ya sugerían que los profesionales sanitarios eran especialmente vulnerables al malestar psicológico derivado del trabajo en pandemia y de las cuarentenas (Gutiérrez, et al., 2020; Brooks, et al, 2018).

¿Podríamos pensar que se instala un nuevo orden que está transformando el escenario asistencial y el devenir del ejercicio profesional en el ámbito de la salud? Este nuevo orden estaría marcado por la presión extrema sobre los recursos humanos en los hospitales y centros de salud, producto de la sobrecarga laboral y el inesperado incremento de pacientes contagiados y fallecidos (Bauchner & Easley, 2020). Se suma la aparición de variantes de esta enfermedad, producto de la rápida mutación y el surgimiento de nuevas cepas virales, en ocasiones más infecciosas, mientras que otras se caracterizan por su rápida diseminación y el aumento exponencial del número de casos (Brooks, et al, 2018; Wang, et al, 2020; NCIRD, 2022).

Los cambios en las modalidades de asistencia y vinculación del enfermo con su entorno, por motivos sanitarios, imponen la necesidad de construir distintos modos de acompañar a los pacientes y a sus familiares en los finales de la vida, sin tiempos para el procesamiento subjetivo y con la imposibilidad de llevar a cabo ritos de despedida (Obach, et al, 2021).

Bentolila y Equipo de Red PROSAMIC (2015), hacen mención a que el foco debe estar en las señales de alarma sobre la salud física, psíquica y social de quienes trabajan en el sistema de salud. Este equipo menciona que “Padecimientos como el estrés vicario, la fatiga por compasión, el estrés secundario, el estrés postraumático, el síndrome de burnout, el desgaste profesional, los trastornos de ansiedad, la depresión, el consumo de sustancias y alcohol, así como una amplia gama de manifestaciones somáticas, son sólo algunas de sus formas de presentación”. El grupo antes señalado, considera estas señales como causales de ausentismo laboral, falta de eficacia y pérdidas económicas significativas.

Dado lo anteriormente mencionado, se plantea necesario observar cómo están atravesando esta crisis los profesionales de la salud y generar contenidos que permitan diseñar estrategias de cuidado.

El presente estudio se planteó caracterizar el impacto del trabajo, durante la pandemia, en los profesionales de la salud, a partir de un conjunto de indicadores del estado emocional durante la crisis global generada por la pandemia Covid-19, como también los cambios percibidos en relación a la conciencia de mortalidad y del cuidado en trabajadores de la salud de diferentes países de Latinoamérica.

### **Materiales y métodos**

En este trabajo se adoptó un diseño correlacional, de corte transversal, mediante un muestreo no probabilístico de participantes voluntarios.

-*Universo*: trabajadores profesionales de la salud pública y privada que estuvieran directa o indirectamente afectados por el trabajo en pandemia, entre los meses de agosto y noviembre de 2020. La muestra consistió en 1009 sujetos de ambos sexos, distribuidos en 17 países de Latinoamérica, a los que se llegó por listados de direcciones electrónicas, aportadas por Sociedades Científicas de la Argentina y diferentes países de Latinoamérica, que auspiciaron la realización del estudio.

El cuestionario fue auto administrado mediante la aplicación *Google forms* atendiendo al siguiente criterio de inclusión: ser trabajador de la salud, afectado directa o indirecta por el trabajo en pandemia y otorgar su consentimiento informado.

El instrumento de medición fue elaborado para el presente estudio. Éste consiste en un cuestionario de 41 preguntas cerradas y una pregunta abierta.

Para evaluar la presencia de síntomas auto percibidos de depresión, ansiedad y desgaste profesional, se utilizaron indicadores presentes en los criterios diagnósticos *del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM V), en el *Maslach Burnout Inventory* e indicadores elaborados por los autores para esta encuesta, en base a esa selección se consideró que los síntomas de ansiedad (Ansiedad/tensión -Cansancio/agotamiento- Nerviosismo- Inquietud -Taquicardia Miedos), depresión (Falta de interés -Falta de ganas- Tristeza/pena- Desesperanza- Exceso de preocupaciones- Soledad por aislamiento- Disminución o alteraciones en la esfera sexual- Alteraciones del apetito) y desgaste profesional (Rechazo a los pacientes- Intolerancia en el trabajo- Indiferencia- Falta de realización personal), estaban presentes cuando cuatro o más indicadores evaluados en cada variable fueron registrados como “muy frecuentemente” y “frecuentemente”.

Se solicitó el consentimiento para la utilización de los datos aportados a los participantes, la encuesta fue de tipo anónima.

Se agruparon las preguntas teniendo en cuenta las siguientes dimensiones: trabajo y actividad profesional, presencia de malestar psíquico auto percibido y conciencia de finitud, y percepción del cuidado.

La encuesta se podrá observar en el siguiente link:

<https://drive.google.com/file/d/18MmcwcHqswbukqi4QQPXCqxCSA9rWUx1/view?usp=sharing>

-Análisis Estadístico: Para el análisis estadístico de los datos, se expresaron las variables categóricas en números absolutos. Para realizar comparaciones entre los grupos de variables categóricas fue utilizado el test de  $X^2$  y el test exacto de Fisher. Luego, para evaluar la asociación independiente entre la edad y los distintos síntomas fue aplicado un análisis de regresión logística. Para considerar una diferencia significativa fue tomado como significativo un valor de p menor a 0,05. Los análisis estadísticos se realizaron con el programa RStudio versión 1.4.1106.<sup>10</sup>

## Resultados

### **1- Características de la muestra**

Las características sociodemográficas se pueden apreciar en la Tabla 1. Hubo predominio femenino, con una mayor proporción de sujetos de ambos sexos entre los 31 y los 60 años. Las profesiones predominantes fueron Medicina, Enfermería y Psicología.

### **2- Impacto sobre el trabajo y sobre la actividad profesional**

Se observa que los profesionales consideran que los cambios han sido muy relevantes en lo que respecta a las modalidades de atención y al aumento sostenido de la carga laboral.

En relación con el impacto sobre el trabajo, los cambios han sido muy importantes en un 47%; importantes en un 38%; moderadamente en el 13% y poco importantes en un 2%. Mientras que la modalidad de trabajo se distribuyó del siguiente modo: 43% de los encuestados ha estado trabajando de forma presencial, 33% de forma presencial y virtual, 17% sólo de manera virtual y el 7% no está atendiendo pacientes.

Respecto a la carga laboral, el 51% de los profesionales respondió que su trabajo durante la pandemia aumentó de manera muy importante o importante y un 35% consideró que no aumentó. Sin embargo, los ingresos económicos de los profesionales encuestados disminuyeron sensiblemente durante los meses de cuarentena en los cuales se realizó la encuesta, donde el 27% experimentó una disminución de más del 50% de sus ingresos.

La mayoría de los encuestados, un 59%, refieren que la respuesta del sistema de salud ha sido positiva. Respecto del acceso de los profesionales a los Equipos de Protección Personal (EPP), el 54.2 % de los encuestados

---

<sup>10</sup> RStudio, versión 1.4.1106. PBC, 2021

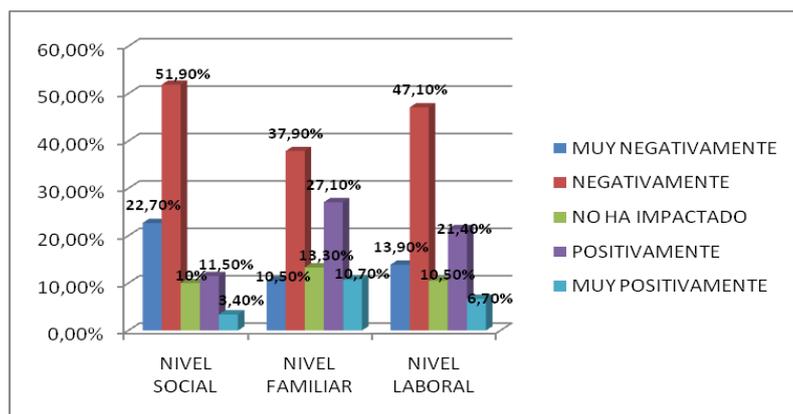
afirma haberlos recibido. El 54% de ellos han atendido pacientes con COVID-19.

En cuanto al impacto sobre la actividad profesional, la relación con los pacientes se ha modificado en un 73% y los profesionales manifiestan temor a contagiar a compañeros de trabajo, a pacientes que acuden por otras patologías distintas a Covid-19 y a familiares, en un 48%, lo que dificulta el trabajo. Entre los temores que surgieron, aparece la preocupación por el futuro laboral en un 81%.

### 3- Presencia de malestar psíquico auto percibido y conciencia de finitud

Al indagar sobre las emociones y el impacto de la cuarentena en la calidad de vida, la mayoría de los encuestados refiere que ha sido negativo en los aspectos social, familiar y laboral como lo muestra la siguiente figura:

**Figura No.1 IMPACTO DE LA CUARENTENA EN LA CALIDAD DE VIDA**



**Fuente: Elaboración propia. N:1009**

De los 1009 encuestados, el 35% presenta síntomas de depresión, el 45% de ansiedad, el 78% presentó alteraciones del sueño y en el 15% se hizo evidente el desgaste profesional. El 84% de los profesionales encuestados siente que puede enfermar gravemente de COVID-19.

Las alteraciones del sueño más frecuentes fueron las siguientes: sueño no reparador, despertares nocturnos y dificultades para conciliar el sueño.

El efecto de la pandemia sobre la relación del profesional con la muerte tanto en el plano de su trabajo específico, como en el relativo a la percepción o conciencia de finitud, revela importantes cambios dada la alta proporción de experiencias cercanas a la muerte. Más de la mitad de los trabajadores de la muestra (67%) refiere haber cambiado su conciencia de mortalidad durante la pandemia, percibiendo a la muerte más integrada a la vida de cada ser humano, como también más probable en virtud del trabajo que realizan.

El 31% de los entrevistados ha sufrido pérdidas de colegas, familiares o amigos cercanos. El 25% atendió a pacientes que fallecieron por COVID-19 y el 18% refiere sentir miedo a morir.

El 75% de los encuestados refieren no haber podido acompañar, del modo en que esperaban poder hacerlo, a los pacientes que fallecieron por COVID-19. En tal sentido, el 45% responde no haber tenido la posibilidad de trasladar al paciente a un lugar apropiado para que sus familiares se pudieran despedir, el 41% refiere que los EPP utilizados dificultan el vínculo con sus pacientes y el 38% presentó dificultades para comunicar y contener a los familiares.

Un 84% de los profesionales del estudio reconoce que la pandemia ha dificultado los ritos de despedida, el 58% de los profesionales refiere que ha vivenciado cambios en tales ritos y una proporción similar (57%) considera que los ritos de despedida son necesarios.

#### **4- Percepción del cuidado**

Se observa que el modo de trabajar en pandemia afectó negativamente (44%) y regularmente (41%) la salud física de los encuestados.

Un 62% de los trabajadores refieren que se han establecido estrategias de cuidados en el ámbito laboral y que más allá de la respuesta institucional, un 90% se han sentido cuidados por familiares, amigos y colegas.

En relación con la posibilidad de organizar actividades lúdicas y recreativas durante la cuarentena, un 38% respondió que no lo hizo, el 33% que a veces y el 29% que sí organizó ese tipo de actividades.

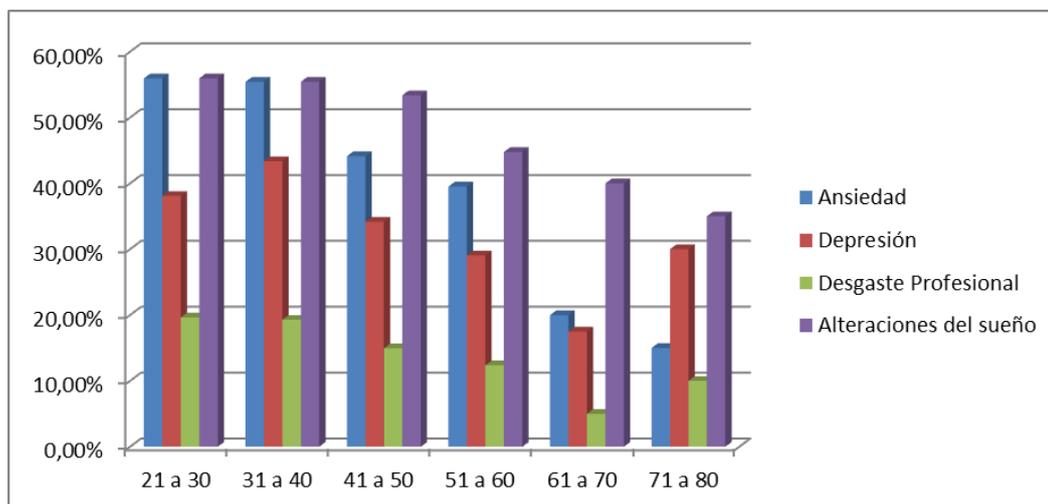
#### **5- Relación entre la presencia de síntomas de malestar psicológico y las características sociodemográficas con la percepción de la eficacia del funcionamiento del sistema de salud y las condiciones laborales.**

El personal femenino ha experimentado más síntomas de ansiedad (50%) y depresión (38%), comparado con el personal masculino, que presentó menos ansiedad (33%) y menos depresión (25%) ( $p \leq 0.001$ ). Por el contrario, no hubo diferencias entre los géneros en relación a las alteraciones del sueño ni a los síntomas de desgaste profesional (Tabla 2).

En cuanto a los cambios en la conciencia de mortalidad en relación al género, el 70% de las mujeres refieren que sí los tuvo al igual que el 60% de los hombres. El aumento en la conciencia de la propia mortalidad fue significativamente mayor entre las mujeres ( $p = 0.01$ ).

Se demostró una correlación negativa entre la edad y la presencia de depresión, ansiedad, desgaste profesional y alteraciones del sueño ( $p \leq 0.001$ ) (Tabla 2).

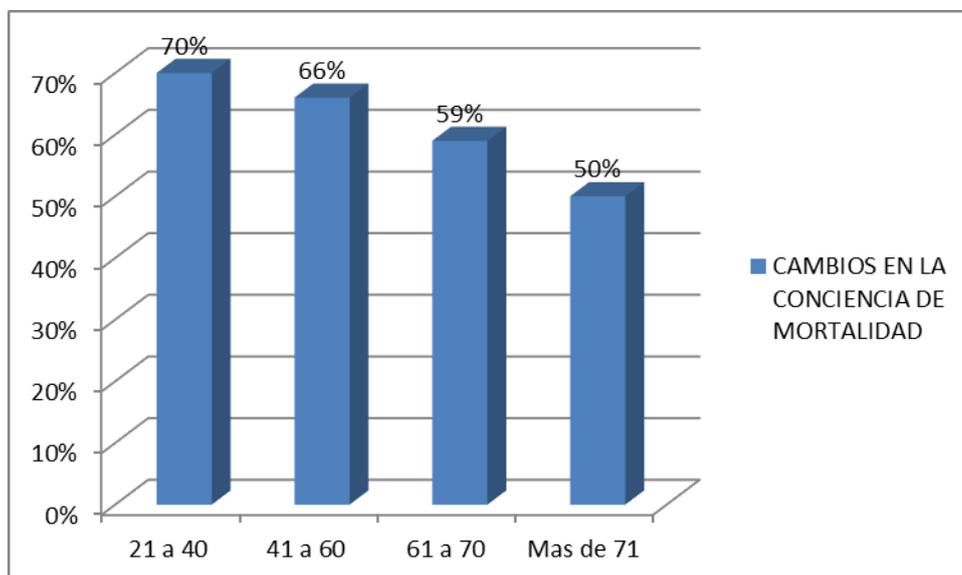
**Figura No.2. PRESENCIA DE SÍNTOMAS EMOCIONALES EN RELACIÓN A LA EDAD**



**Fuente: Elaboración propia. N:1009**

Algo similar se aprecia en relación con el cambio en la conciencia de la propia mortalidad y la edad, aunque sin que alcanzara significación estadística. ( $p=0.05$ ). El cambio, evaluado como el número de sujetos que reportaron un incremento en la percepción de la propia mortalidad fue el siguiente: entre los 21 y los 40 años del 70%, entre los 41 y los 60 años del 66%, entre los 61 y 70 años del 59% y en los encuestados con más de 70 años, del 50%, como se muestra en la siguiente figura:

**Figura No. 3. CAMBIOS EN LA CONCIENCIA DE MORTALIDAD EN RELACIÓN A LA EDAD**



**Fuente: Elaboración propia. N:1009**

Al comparar la prevalencia de malestar psicológico, observamos que hay cambios relacionados con las profesiones entre las que se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de los síntomas, siendo las más afectadas las enfermeras, seguidas de los médicos y los psicólogos ( $p \leq 0.001$ ). Ver Tabla No. 2.

Sin embargo, en relación a los cambios en la conciencia de mortalidad no se encontraron diferencias significativas entre las distintas profesiones ( $p \geq 0.05$ ). Un 70% de las enfermeras y enfermeros refieren que ha cambiado su conciencia de mortalidad; al igual que el 66% de los médicos y psicólogos.

Al incrementarse la sintomatología disminuye la percepción positiva de la respuesta del sistema sanitario. Es significativa esta correlación en depresión, desgaste y alteración del sueño. Los sujetos que muestran síntomas de depresión y de ansiedad responden que el sistema de salud no estuvo a la altura de la situación al enfrentar la pandemia, con un 23% y un 18% respectivamente, aunque la diferencia sólo fue significativa para depresión ( $p = 0.00241$ ). (Ver Tabla No. 3)

El desgaste profesional agudiza aún más la percepción negativa de la respuesta del sistema sanitario ( $p = 0.01$ ). En aquellos profesionales en los que no hay evidencias de desgaste se encontró la mejor opinión acerca de la respuesta del sistema de salud, al calificarla como positiva en un 23%, mientras que, en los afectados por el desgaste, la percepción de respuesta positiva del sistema de salud cae a 16%. (Ver Tabla No.3). Puede considerarse que, en este caso, la relación pudiera ser inversa y que el poco desgaste profesional podría ser una consecuencia de la mejor respuesta del sistema sanitario. Por lo que debe tomarse esta relación como de significación doble, es decir, el menor desgaste puede ser causa o consecuencia de la mejor respuesta del sistema de salud.

Las alteraciones del sueño se relacionan con diferencias significativas en la percepción de la capacidad del sistema de salud para responder a la pandemia ( $p = 0.02$ ). Los que no padecen alteraciones del sueño califican la respuesta totalmente favorable en un 25% versus un 19% entre los que presentan estas alteraciones (Ver Tabla No. 3).

Entre los profesionales que fueron o no diagnosticados como COVID-19 positivo, la única diferencia significativa fue la mayor conciencia de mortalidad entre los primeros ( $p = 0.001$ ).

Por otra parte, haber participado directamente en la atención a pacientes enfermos por COVID-19, se relaciona con una proporción significativamente mayor de síntomas de depresión ( $p \leq 0.001$ ), desgaste profesional ( $p \leq 0.01$ ) y alteraciones de sueño ( $p \leq 0.001$ ). La ansiedad, aunque aumenta, no lo hace en forma significativa ( $p = 0.08$ ) (Ver Tabla No.3), como tampoco la conciencia de mortalidad ( $p = 0.08$ ). Se observa que los sujetos con síntomas depresivos, sólo el 17% realiza actividades lúdicas y recreativas, mientras que aquellos que no presentan tales

síntomas, sí desarrollan actividades lúdico-recreativas en un 44%. En paralelo, entre los profesionales que presentan síntomas de ansiedad, el 26 % realiza actividades lúdicas versus un 36%. entre aquellos que no las realizan. Las diferencias fueron significativas en ambos casos ( $p = 0.05$ ). (Ver Tabla No. 3).

En relación al desgaste laboral, la ausencia de éste se relaciona con un 70% de realización de actividades lúdicas y recreativas. Al compararse con las respuestas afirmativas de los individuos sintomáticos, es evidente la relación inversa entre los síntomas y la capacidad de participar en juegos, reuniones virtuales, actividades deportivas individuales o en paralelo (Galea, 2002).

La presencia de síntomas se reduce significativamente ( $p \leq 0.0001$ ) en quienes realizan actividades lúdicas y recreativas. La única excepción es la conciencia de mortalidad ( $p = 0.08$ ), en donde ésta no se reduce ante la realización de actividades lúdicas y recreativas. No existe ninguna correlación observable entre el malestar psíquico y la disminución o no del ingreso percibido (Tabla 3). Las características que más se asociaron a la presencia de síntomas depresivos y de ansiedad fueron la percepción de la respuesta del sistema de salud, el género femenino, la menor edad, el haber asistido a pacientes con COVID-19 y el ejercicio de la profesión de enfermería (Ver Tablas 2 y 3).

## Discusión

El cambio en las condiciones laborales, ha contribuido al deterioro emocional presente en parte de los trabajadores sanitarios desde que se los decretó como personal esencial (Brooks, et al., 2020, Brooks, et al., 2018, Wang, et al., 2020). En el presente estudio, se observa, que el efecto de los cambios en el trabajo en pandemia, fueron considerados “muy importantes” por la mitad de los profesionales; las modificaciones en la forma de trabajar, que implican el aumento de la carga laboral, cambios en la forma de asistencia, uso prolongado de EPP y en algunos casos mediante el uso de dispositivos electrónicos a distancia, afectaron negativamente la salud física y psíquica de los trabajadores sanitarios.

Estudios realizados en distintas regiones del mundo, dan cuenta del efecto de la pandemia sobre el bienestar emocional de los trabajadores sanitarios. Se ha encontrado, consistentemente, que los factores de riesgo son: la atención directa a pacientes, la carga de trabajo, la menor edad, la profesión de enfermería y el temor al contagio (Rivillas-García, et al., Nieto, 2020, Muller et al., 2020, Gupta, S., & Sahoo, S., 2020).

La percepción por parte de los profesionales encuestados, de que el sistema de salud respondió adecuadamente frente a la necesidad de prevención y a la capacidad de hospitalización, es predominantemente favorable y se observa mayor cantidad de respuestas positivas entre aquellos profesionales que mostraron un menor impacto emocional negativo. Se ha reportado que la capacidad de evitar el colapso de las unidades de terapia

intensiva, parece ir en consonancia con la apreciación de los profesionales respecto de la respuesta del sistema de salud en la pandemia, (Antiporta, et al., 2020), lo que coincide con lo encontrado en el presente estudio donde un alto porcentaje de los profesionales percibe una buena respuesta del sistema de salud frente a la necesidad de prevención y de hospitalización.

En una revisión de 61 trabajos publicada por Ricci et al., (2020), se refiere que los profesionales de la salud, al enfrentar epidemias virales sufren alteraciones emocionales con mucha frecuencia. En los primeros lugares se sitúan la ansiedad (45%) y la depresión (38%), seguida de estrés agudo (31%), fatiga laboral (29%) y estrés post-traumático (19%), todos trastornos que tienden a prolongarse en el tiempo. Además, se menciona como un hallazgo frecuente, el predominio de síntomas de ansiedad y depresión en aquellos profesionales que refieren no haberse sentido cuidados durante el período de trabajo en pandemia, lo que hay analogías con los resultados obtenidos en este trabajo. El grupo que refiere no haberse sentido cuidado en ninguna ocasión, sufrió más desgaste profesional que el que se sintió cuidado por otros, desde las instituciones sanitarias y los sistemas socio familiares.

En la presente serie se aprecia una alta prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión y alteraciones del sueño. Lo que coincide con otros autores (Muller et al., 2020, Ricci Cabello et al., 2020, Giardino, et al., 2020). Por el contrario, fueron menores las proporciones de individuos con síntomas de desgaste profesional (15%), a diferencia de lo encontrado en otros trabajos, donde se reportan entre un 62% y un 71% de profesionales con este trastorno (Gupta & Sahoo 2020). Esta diferencia podría tener relación con el momento del desarrollo de la pandemia en que fue administrada la encuesta, esto es, antes de cumplirse el primer año y/o ser la consecuencia de una “aceptación altruista de contraer el virus”; variable que en el estudio de Gupta & Sahoo, (2020) se describe como factor protector frente al impacto emocional producto del trabajo en pandemia.

Los resultados del estudio en profesionales de la salud del Hospital de Igualada en Barcelona, entre los meses de marzo y abril del 2020, también muestran una alta prevalencia de síntomas de ansiedad (71,6%) y depresión (60,3%) (Esquircia, et al., 2020).

Los resultados del presente trabajo coinciden con los del estudio de Giardino (2020), realizado también en la Argentina, en junio de 2020, que involucró a 1059 trabajadores de la salud, en el que se reportaron síntomas de depresión (81%), ansiedad (77%) y mala calidad del sueño (85%) asociadas en un 59% a pesadillas; además de una alta prevalencia de insomnio (74%). Los predictores más importantes de ansiedad y depresión fueron el estar en contacto con pacientes con COVID-19, la edad, el sexo femenino y el consumo de medicación para dormir. El estudio mencionado, presenta coincidencias en el tiempo con la población estudiada, en cuanto al tamaño y la procedencia y presenta sólo diferencias de tipo cuantitativas en los porcentajes de encuestados que presentan la sintomatología evaluada, lo que resulta relevante como evidencia de los patrones de afectación psicológica en los profesionales

sanitarios del área (Giardino, et al., 2020).

Es en el continente asiático donde más estudios se han reportado y los resultados son coincidentes en la elevada prevalencia de ansiedad, depresión y fatiga laboral, como también en los factores de riesgo antes mencionados (Shigemura, et al., 2020). En una investigación realizada en Wuhan en 1257 profesionales sanitarios, entre las que se contaban 764 enfermeras, se detectaron síntomas de ansiedad (44,6%), depresión (50,4%) y alteraciones del sueño (34%) (Lai, et al., 2020). En el estudio de Qiu, et al., 2020, el grupo más vulnerable estaba compuesto principalmente por personas más jóvenes, mujeres, médicos y médicos en formación.

En dos estudios similares, encontraron mayor prevalencia de malestar psíquico en enfermeras jóvenes que trabajaban en contacto directo con los pacientes (Lozano-Vargas, 2020, Shigemura, et al., 2020). Cuando se evalúa la sintomatología presentada según las profesiones, se observa que las enfermeras/os presentaron más síntomas de depresión y de ansiedad, que los médicos y que los psicólogos. Además, en la Argentina, las enfermeras presentan una mayor prevalencia de pluriempleo (OIT, East, et al., 2020, lo que redundará en un 10% más de tiempo dedicado al trabajo; estas precondiciones podrían resultar en una mayor vulnerabilidad en ese grupo (Esquircia, et al., 2020, Lai, et al., 2020, Jung & Jun, 2020, Cai, et al., 2020). Probablemente la precarización laboral, también ha influido en las afectaciones emocionales de las enfermeras.

Los resultados de esta investigación coinciden con algunos obtenidos al inicio de la pandemia en Colombia y México, donde también se observó una elevada prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión, con menor presencia en el género masculino, así como una mayor tendencia a sufrir trastornos en el personal involucrado directamente en la atención de los pacientes (Rivillas-García, et al., Nieto, 2020).

También hay coincidencias en cuanto a la asociación con el género en los trabajos previos donde se encontró que en el personal femenino hay una mayor proporción de ansiedad, depresión, trastornos del sueño y desgaste profesional. (Esquircia, et al., 2020, Lai, et al., 2020, Wang, et al., 2020, Kang, et al., 2020, Jung & Jun, 2020).

Una interpretación acerca de esta asociación recurrente entre sexo del trabajador y la sintomatología puede tener su explicación en la sobrecarga laboral entre las trabajadoras de la salud argentinas documentada desde periodos previos a la pandemia donde el 48% son jefas de hogar y el 53,8% tiene hijos menores de 18 años bajo su tutela. (OIT, East, et al., 2020)

Esta crisis global afecta particularmente varias dimensiones del trabajo de las trabajadoras de la salud en la región que van más allá de los aspectos sanitarios. El trabajo sanitario en pandemia permite ver el mayor riesgo que asumen las mujeres, asociado a sus funciones en la primera línea de la atención sanitaria y social. “Los principales sectores laborales que enfrentan este virus están altamente feminizados. Las mujeres desempeñan roles que a menudo las exponen a riesgos para sus vidas, su salud y la de sus familias, asumiendo además mayores costos físicos

y emocionales debido a jornadas extendidas y extenuantes, alejadas de sus hogares” (Esquircia, et al., 2020, OIT, East, et al., 2020).

Posiblemente, una de las experiencias más dolorosas de esta pandemia, es el fallecimiento en soledad de miles de personas internadas. Tanto la familia como las amistades de los pacientes deben aceptar los protocolos de aislamiento que hacen imposibles los ritos funerarios.

El encuentro con la muerte ha sido ineludible y persistente. Los estudios de Philippe Ariès (2011) muestran que para el hombre posmoderno rige un estilo de muerte *interdicta, ocultada, escamoteada; en el que se reprobaban las manifestaciones de duelo y los lutos van desapareciendo a medida que se pone la esperanza en que el progreso de la ciencia “cure” a la especie de todo mal*. La muerte pareciera ser considerada un fracaso para la medicina, la ciencia y la tecnología (Bramajo & Prieto, 2021). En el ámbito sanitario, la muerte constituye un tabú social que contrasta, en ocasiones, con la exposición trivial que recibe. El efecto de la pandemia sobre la relación del profesional de la salud con la muerte, tanto en el plano de su trabajo específico, como en lo relativo a la percepción o conciencia de finitud, se extrema a partir de la alta proporción de experiencias cercanas a la muerte. Un alto número de encuestados refiere que aumentó su conciencia de mortalidad y el temor a morir.

Esta situación se expresa en las respuestas acerca de los ritos funerarios, donde un alto porcentaje de profesionales manifiesta que no está satisfecho con su vinculación a una muerte en la que los ritos de despedida no estén presentes. El contacto físico, el encuentro, los ritos de despedida, la comunicación directa interpersonal y las manifestaciones físicas del afecto no son posibles en el contexto de pandemia. Sumado a esto, el personal sanitario que ingresa a la habitación debe restringir su interacción con el paciente y utilizar el EPP para disminuir las posibilidades de contagio (Consuegra-Fernández & Fernandez-Trujillo, 2020). El EPP dificulta la interacción con el paciente en situación terminal, limitando ofrecer la proximidad y el apoyo emocional necesario en un momento de extrema delicadeza. En ocasiones incluso, a petición de los familiares, los profesionales de la salud han hecho llegar las últimas palabras a los enfermos, lo que sobrecarga aún más la tarea.

Se observa en este trabajo que la mayoría de los encuestados que asistieron a pacientes que fallecieron por COVID-19, siente que no ha podido acompañarlos del modo en que esperaba poder hacerlo; se destaca el no haber tenido la posibilidad de trasladar al paciente a un lugar apropiado para que sus familiares se pudieran despedir, que el equipamiento de seguridad utilizado dificulta el vínculo con sus pacientes y las complicaciones para comunicar y contener a los familiares.

Tensiona el proceso la presencia de dos concepciones, una que es funcionalista, centrada en la prevención de los contagios y otra que además contiene la idea de ayudar al bien morir del paciente. Es imprescindible enfatizar que el respeto a los ritos no debe incapacitar la protección de la salud física de trabajadores y familiares y que la

consideración de estos aspectos también debe contribuir a disminuir la carga psicológica sobre los profesionales.

Los ritos de despedida tienen un papel estabilizador en la vida de los sobrevivientes (Han, 2020). Esta pandemia ha desestabilizado fuertemente las coordenadas en que el ser humano se movía en el último siglo, por lo que se da la contradicción que, frente a la mayor necesidad de los rituales funerarios, a causa de la elevada mortandad, la despedida no es protagonizada por los familiares, lo que es justificado desde la perspectiva de la prevención del contagio, pero también es fuente de angustia al afectar el proceso de duelo.

Los profesionales sanitarios han debido ocupar nuevos lugares sin tiempo para su preparación, adaptarse a diferentes modos de despedidas y a ritos fúnebres alternativos para poder acompañar a pacientes y familiares en este tránsito.

Esta investigación, ha permitido objetivar el efecto sobre la salud emocional y la conciencia de la propia mortalidad entre los trabajadores sanitarios durante la pandemia COVID-19. Se ha caracterizado la relación entre la presencia de síntomas de malestar psicológico y factores como el género, la profesión, la edad, los cambios en las condiciones de trabajo, la atención de pacientes con COVID-19, la valoración de las respuesta de los sistemas de salud y la percepción del cuidado.

La información obtenida puede ser de utilidad para aportar una base fáctica al desarrollo de acciones de prevención que tiendan a disminuir el malestar psíquico en los profesionales de la salud, tales como facilitar espacios de descanso y cuidado, favorecer la percepción del padecimiento psíquico dando lugar a la palabra, asegurar la satisfacción de las necesidades básicas y promover el respeto a las diferencias dentro del equipo de trabajo, favoreciendo la discusión hacia el interior de las estructuras sanitarias, a fin de proteger la salud mental y física de los trabajadores, sobre los que se asienta principalmente la respuesta de la comunidad frente a la pandemia.

## **Conclusiones**

Los trabajadores de la salud involucrados en la atención a pacientes durante la pandemia han experimentado cambios en la modalidad e intensidad del trabajo, que han afectado su salud emocional y física. Presentando síntomas de ansiedad, depresión, trastornos del sueño y fatiga laboral.

Se manifiestan modificaciones en la conciencia de la propia mortalidad y una percepción negativa de los cambios en los rituales de despedida en los centros de salud.

La valoración positiva de la respuesta de los sistemas de salud, así como la capacidad de conservar actividades recreativas, se relacionan con una menor tendencia a los padecimientos psíquicos evaluados.

Los factores que más se asocian a la presencia de síntomas de malestar psíquico son, el trabajo directo con pacientes con Covid-19, el género femenino, la menor edad y la profesión de enfermería.

#### **Limitaciones del estudio:**

Este estudio indaga sobre la prevalencia de síntomas por medio del auto reporte, por lo que posee las limitaciones propias de este tipo de instrumentos, pueden tener sesgos relacionados con la procedencia, la profesión y las actividades específicas de su labor asistencial. Vale destacar que debido a la situación de distanciamiento al momento de comenzar el estudio, la forma de acceder a los profesionales era de modo virtual.

#### **Conflicto de Intereses:**

Los autores no presentan conflicto de intereses. Ni han recibido financiamiento para el desarrollo de esta investigación.

#### **Agradecimientos:**

Castelo José Luis.

#### **Bibliografía**

Antiporta, D. A., & Bruni, A. (2020). Emerging mental health challenges, strategies, and opportunities in the context of the COVID-19 pandemic: Perspectives from South American decision-makers. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, 1. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2020.154>

Ariès, P. (2011). *Morir en occidente: desde la Edad Media hasta nuestros días*. Hidalgo Editora S.A.

Bauchner, H., & Easley, T. J. (2020). Health Care Heroes of the COVID-19 Pandemic. *JAMA*, 323(20), 2021. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6197>

Bentolila, S. Equipo de Red PROSAMIC. (2015). Cómo trabajar con el sufrimiento humano, sin quemarnos en el intento. *Los talleres: Cuidar al que cuida*, 2(1).

Bramajo, M., & Prieto, E. (2021). Los trabajadores de la salud en tiempos de pandemia. Un camino hacia después. *Revista Científica Multidisciplinaria del Hospital Doctor A. A. Eurnekian*, 1. [https://mcusercontent.com/98db4bfef57f58870a282adbc/files/fb255d0a-aa39-46cc-a141-2aa45a9c926b/Revista\\_N1\\_2021.pdf](https://mcusercontent.com/98db4bfef57f58870a282adbc/files/fb255d0a-aa39-46cc-a141-2aa45a9c926b/Revista_N1_2021.pdf)

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30460-8)

Brooks, S. K., Dunn, R., & Amlôt, R. (2018) Una revisión temática sistemática de los factores sociales y ocupacionales asociados con los resultados psicológicos en los empleados de la salud durante un brote de una enfermedad infecciosa. *JOEM*; 60(3) 248-257  
[https://journals.lww.com/joem/Abstract/2018/03000/A\\_Systematic\\_Thematic\\_Review\\_of\\_Social\\_and.7.aspx](https://journals.lww.com/joem/Abstract/2018/03000/A_Systematic_Thematic_Review_of_Social_and.7.aspx)

Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y., & Zhuang, Q. (2020). Psychological impacts and coping strategies of front-line medical staff during COVID-19 outbreak in Hunan, China. *Medical Science Monitor*, 26.  
<https://doi.org/10.12659/msm.924171>

Consuegra-Fernández, M., & Fernandez-Trujillo, A. (2020). La soledad de los pacientes con COVID-19 al final de sus vidas. *Revista de Bioética y Derecho*, 50, 81–98. <https://doi.org/10.1344/rbd2020.50.31683>

Erquicia, J., Valls, L., Barja, A., Gil, S., Miquel, J., Leal-Blanquet, J., Schmidt, C., Checa, J., & Vega, D. (2020). Impacto emocional de la pandemia de Covid-19 en los trabajadores sanitarios de uno de los focos de contagio más importantes de Europa. *Medicina Clínica*, 155(10), 434–440. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.07.006>

Galea, S. (2002). Posttraumatic Stress Disorder in Manhattan, New York City, After the September 11th Terrorist Attacks. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 79(3), 340–353.  
<https://doi.org/10.1093/jurban/79.3.340>

Giardino, D. L., Huck-Iriart, C., Riddick, M., & Garay, A. (2020). The endless quarantine: the impact of the COVID-19 outbreak on healthcare workers after three months of mandatory social isolation in Argentina. *Sleep Medicine*, 76, 16–25. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.09.022>

Guercovich, A., Piazzioni, G., Waisberg, F., Mandó, P., & Angel, M. (2021). Burn-out syndrome in medical oncologists during the COVID-19 pandemic: Argentinian national survey. *ecancermedicalscience*, 15.

<https://doi.org/10.3332/ecancer.2021.1213>

Gupta, S., & Sahoo, S. (2020). Pandemic and mental health of the front-line healthcare workers: a review and implications in the Indian context amidst COVID-19. *General Psychiatry*, 33(5), e100284.

<https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100284>

Han, B. (2019). *La desaparición de los rituales* (1.<sup>a</sup> ed.). Herder.

Instituto Nacional de Salud., San Salvador., Gutiérrez, M., Zelaya, S., Castellanos, E., & Domínguez, R. (2020). *Acciones realizadas en Latinoamérica y el mundo sobre salud mental en el marco del COVID-19*. Portal Regional de la BVS.

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1099611?lang=es>

Jung, S. J., & Jun, J. Y. (2020). Mental Health and Psychological Intervention Amid COVID-19 Outbreak: Perspectives from South Korea. *Yonsei Medical Journal*, 61(4), 271. <https://doi.org/10.3349/ymj.2020.61.4.271>

Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., Yao, L., Bai, H., Cai, Z., Xiang Yang, B., Hu, S., Zhang, K., Wang, G., Ma, C., & Liu, Z. (2020). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028>

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976.

<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>

Lozano-Vargas, A. (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://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>

Muller, A. E., Hafstad, E. V., Himmels, J. P. W., Smedslund, G., Flottorp, S., Stensland, S. I., Stroobants, S., van de Velde, S., & Vist, G. E. (2020). The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry Research*, 293, 113441.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113441>

NCIRD, *Centro Nacional de Vacunación y Enfermedades Respiratorias*. División de Enfermedades Virales. Centros para el control y prevención de enfermedades (CDC) EEUU. (2019) Información importante acerca de las variantes. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/about-variants>.

Nieto C. (2020) Sobreexigencia, miedo a contagiar, y ansiedad: efectos emocionales de la COVID-19. *Medscape* Disponible en: <http://espanol.medscape.com/verarticulo/5905277>

Obach, A., Cabieses, B., & Esnouf, S. (2021). *Barreras y facilitadores de la adherencia a las medidas sanitarias para enfrentar el Covid-19 en población de 18 años y más en Chile*. Universidad del Desarrollo (<http://hdl.handle.net/11447/4239>).

Organización Internacional del Trabajo, East, S., Laurence, T., & López Mourelo, E. (2020). *COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina*. [https://www.ilo.org/buenosaires/publicaciones/WCMS\\_754614/lang--es/index.htm](https://www.ilo.org/buenosaires/publicaciones/WCMS_754614/lang--es/index.htm)

Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33(2), e100213. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>

Ricci Cabello, I., Meneses-Echavez, J. F., Serrano-Ripoll, M. J., Fraile-Navarro, D., Fiolde Roque, M. A., Pastor Moreno, G., Castro, A., Ruiz-Pérez, I., Zamanillo Campos, R., & Gonçalves-Bradley, D. (2020). Impact of Viral Epidemic Outbreaks on Mental Health of Healthcare Workers: A Rapid Systematic Review and Meta-Analysis. *SSRN Electronic Journal*. Published. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3569883>

Rivillas-García, J.C., Murad-Rivera, R., Sánchez, S.M., Rivera-Montero, D., Calderón-Jaramillo, M., & Castaño, L.M. (2020). Respuesta social a las medidas del gobierno para controlar el nuevo coronavirus durante la etapa temprana en Colombia. <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/04/Informe-1-Respuesta-social-a-nuevo-coronavirus-en-Colombia-Estudio-Solidaridad-Profamilia-29-04-2020-Dir-Inv.pdf>

Scatularo, C. , Battioni, L., Bellia, S., Costa de Robert, S., De las Nieves Gatti, M., Racki, M., Soracio, G., Lescano, A., Giorginil, J., & Pereiro, S. (2021). Impacto psicofísico de la pandemia COVID-19 en trabajadores de la salud en Argentina.: Encuesta ImPPaCTS-SAC.20. *Revista argentina de cardiología*, 89(3), 204-210. Epub 01 de junio de 2021. <https://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v89.i3.20231>

Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(4), 281–282. <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>

Shyrock T. (2020). COVID-19 plantea dilemas éticos para muchos médicos. *Medical Economics Journal*, 97(9). <https://www.medicaleconomics.com/news/covid-19-raises-ethical-dilemmas-many-physicians>

Sibilia, P. (1999). *El hombre postorganico*. Fondo de Cultura Económica.

Varela, E., Koustouki, V., Davos, C. H., & Eleni, K. (2008). Psychological consequences among adults following the 1999 earthquake in Athens, Greece. *Disasters*, 32(2), 280–291. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7717.2008.01039.x>

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

Wang, S., Xie, L., Xu, Y., Yu, S., Yao, B., & Xiang, D. (2020). Sleep disturbances among medical workers during the outbreak of COVID-2019. *Occupational Medicine*, 70(5), 364–369. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa074>

World Organization Health. (2021, agosto). *Coronavirus (COVID-19)*. <http://covid19.who.in>

**TABLAS**

<b>TABLA N°1 - DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>			
<b>VARIABLES</b>	<b>Categorías</b>		
	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
<b>Diagnóstico COVID-19</b>			
Negativo	661 (89,56%)	232 (85,61%)	893 (88,50%)
Positivo	70 (9,49%)	36 (13,28%)	106 (10,51%)
No Responde	7 (0,95%)	3 (1,11%)	10 (0,99%)
<b>Total</b>	<b>738 (100%)</b>	<b>271 (100%)</b>	<b>1009 (100%)</b>
<b>Rango etario</b>			
21 a 30	138 (18,62%)	30 (11,19%)	168 (16,65%)
31 a 40	190 (25,64%)	59 (22,01%)	249 (24,68%)
41 a 50	215 (29,01%)	66 (24,63%)	281 (27,85%)
51 a 60	155 (20,92%)	55 (20,52%)	210 (20,81%)
61 a 70	33 (4,45%)	47 (17,54%)	80 (7,93%)
71 a 80	10 (1,35%)	11 (4,10%)	21 (2,08%)
<b>Total</b>	<b>741 (100%)</b>	<b>268 (100%)</b>	<b>1009 (100%)</b>
<b>Profesión</b>			
Medicina	311 (42,14%)	189 (67,2%)	500 (49,55%)
Psicología	161 (21,82%)	28 (9,93%)	189 (18,73%)
Enfermería	150 (20,33%)	29 (10,28%)	170 (16,85%)
Odontología	31 (4,20%)	9 (3,19%)	40 (3,96%)
Laboratorio/ Imagen	22 (2,98%)	5 (1,77%)	27 (2,68%)
Kinesiología	13 (1,76%)	6 (2,13%)	19 (1,88%)
Otros <sup>1</sup>	50 (6,78%)	16 (5,67%)	64 (6,34%)
<b>Total</b>	<b>738 (100%)</b>	<b>282 (100%)</b>	<b>1009 (100%)</b>
<b>País de residencia</b>			
Argentina	350 (47,42%)	134 (49,45%)	484 (47,97%)
Chile	224 (30,35%)	66 (24,35%)	290 (28,74%)
Venezuela	62 (8,4%)	24 (8,86%)	86 (8,52%)
Ecuador	20 (2,71%)	11 (4,06%)	31 (3,07%)
Rep. Dominicana	23 (3,11%)	2 (0,74%)	25 (2,48%)

Perú	9 (1,22%)	14 (5,17%)	23 (2,28%)
Colombia	12 (1,62%)	7 (2,58%)	19 (1,88%)
Bolivia	8 (1,08%)	7 (2,58%)	15 (1,49%)
Otros <sup>2</sup>	30 (4,06%)	6 (2,21%)	36 (3,57%)
<b>Total</b>	<b>738 (100%)</b>	<b>273 (100%)</b>	<b>1009 (100%)</b>
Fuente: elaboración propia. N=1009 encuestas			
<sup>1</sup> Otros: personal de salud de otras áreas, personal esencial de limpieza, estudiantes de carreras afines a medicina, empleados de centros de salud.			
<sup>2</sup> Otros: Costa Rica (1), El Salvador (1), Guatemala (2), México(12), Nicaragua (6), Panamá (6), Paraguay (3), Uruguay (5)			

TABLA 2: RELACION ENTRE PRESENCIA DE SÍNTOMAS Y GÉNERO, EDAD Y PROFESIÓN								
VARIABLES	SIN SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN	CON SINTOMAS DE DEPRESION	SIN SINTOMAS DE ANSIEDAD	CON SINTOMAS DE ANSIEDAD	SIN SINTOMAS DE DESGASTE PROFESIONAL	CON SINTOMAS DE DESGASTE PROFESIONAL	SIN SINTOMAS DE INSOMNIO	CON SINTOMAS DE INSOMNIO
Total	659 (65%)	350 (35%)	551 (55%)	458 (45%)	854 (85%)	155 (15%)	220 (22%)	789 (78%)
Genero								
Femenino	455 (61.65%)	283 (38.35%)	369 (50%)	369 (50%)	617 (83.6%)	121 (16.4%)	135 (18.29%)	603 (81.70%)
Masculino	204 (75.28%)	67 (24.72%)	182 (67.16%)	89 (32.84%)	237 (87.45%)	34 (12.55%)	85 (31.37%)	186 (68.63%)
Rango etario								
21 a 30	104 (61.90%)	64 (38.1%)	74 (44.05%)	94 (55.95%)	135 (80.36%)	33 (19.64%)	25 (14.88%)	143 (85.12%)
31 a 40	185 (56.63%)	108 (43.37%)	111 (44.58%)	138 (55.42%)	201 (80.72%)	48 (19.28%)	45 (18.07%)	204 (81.93%)
41 a 50	185 (65.84%)	96 (34.16%)	157 (55.87%)	124 (44.13%)	239 (85.05%)	42 (14.95%)	61 (21.71%)	220 (78.29%)
51 a 60	149 (70.95%)	61 (29.05%)	127 (60.48%)	83 (39.52%)	184 (87.62%)	26 (12.38%)	52 (24.76%)	158 (75.24%)
61 a 70	66 (82.5%)	14 (17.5%)	64 (80%)	16 (20.00%)	76 (95%)	4 (5,00%)	30 (37.5%)	150 (62.5%)
71 a 80	14 (70%)	6 (30%)	17 (85%)	3 (15.00%)	18 (90%)	2 (10%)	7 (35%)	13 (65%)
Profesión								
Enfermería	95 (55.88%)	75 (44.12%)	88 (51.76%)	82 (48.24%)	142 (83.53%)	28 (16.47%)	25 (14.71%)	145 (85.30%)
Medicina	309 (61.92%)	190 (38.08%)	267 (53.51%)	232 (46.49%)	402 (80.56%)	97 (19.44%)	117 (23.45%)	382 (76.56%)
Psicología	163 (86.24%)	26 (13.76%)	135 (71.43%)	54 (28.57%)	185 (97.88%)	4 (2.12%)	50 (26.46%)	138 (73.55%)
Otros <sup>1</sup>	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

<sup>1</sup>Otros: personal de salud de otras áreas, personal esencial de limpieza, estudiantes de carreras afines a medicina, empleados de centros de salud.

Fuente: elaboración propia. N=1009 encuestas

<b>TABLA 3</b>		<b>SÍNTOMAS DE MALESTAR PSICOLÓGICO AUTOPERCIBIDOS</b>							
		<b>Con síntomas de Depresión</b>	<b>Sin síntomas de Depresión</b>	<b>Con síntomas de Ansiedad</b>	<b>Sin síntomas de Ansiedad</b>	<b>Con Desgaste Profesional</b>	<b>Sin Desgaste Profesional</b>	<b>Con síntomas de Insomnio</b>	<b>Sin síntomas de Insomnio</b>
<b>VARIABLES</b>	<b>CATEGORÍAS</b>								
Valoración de la respuesta del Sistema de Salud	Buena	58 (17%)	162 (25%)	81 (18%)	138 (26%)	25 (16%)	195 (23%)	97 (19%)	123 (26%)
	Regular	208 (60%)	384 (60%)	287 (64%)	305 (57%)	88 (58%)	504 (61%)	305 (61%)	287 (59%)
	Mala	79 (23%)	96 (15%)	82 (18%)	94 (17%)	40 (26%)	135 (16%)	101 (20%)	74 (15%)
Desarrollo de actividades lúdicas y recreativas	Siempre	51 (14%)	242 (37%)	89 (20%)	204 (37%)	25 (16%)	268 (31%)	117 (23%)	176 (36%)
	A Veces	122 (35%)	207 (31%)	166 (36%)	163 (30%)	50 (32%)	279 (33%)	180 (35%)	149 (30%)
	Nunca	177 (51%)	210 (32%)	203 (44%)	184 (33%)	80 (52%)	307 (36%)	219 (42%)	168 (34%)
Disminución del ingreso económico	Mayor al 50%	104 (30%)	174 (26%)	129 (28%)	149 (27%)	47 (30%)	231 (27%)	151 (29%)	127 (26%)
	Menor al 50%	246 (70%)	485 (74%)	329 (72%)	402 (73%)	108 (70%)	623 (73%)	365 (71%)	366 (74%)
COVID-19 positivo (a)	Si	43 (12%)	63 (10%)	59 (13%)	47 (9%)	26 (17%)	80 (9%)	58 (11%)	48 (10%)
	No	304 (88%)	589 (90%)	393 (87%)	500 (91%)	127 (83%)	766 (91%)	451 (89%)	442 (90%)
Percepción de cuidados recibidos	Siempre	93 (27%)	239 (37%)	58 (15%)	211 (39%)	35 (23%)	297 (35%)	152 (30%)	180 (37%)
	A veces	208 (60%)	344 (54%)	270 (71%)	282 (52%)	87 (58%)	465 (56%)	301 (60%)	251 (52%)

	Nunca	45 (13%)	58 (9%)	55 (14%)	48 (9%)	29 (19%)	74 (9%)	52 (10%)	51 (11%)
Asistencia directa	Si (b)	218 (40%)	325 (60%)	268 (49%)	275 (51%)	101 (19%)	442 (81%)	443 (81%)	100 (19%)
de pacientes con COVID-19	No (c)	132 (28%)	334 (72%)	190 (41%)	276 (59%)	54 (12%)	412 (88%)	346 (74%)	120 (26%)
(a) El profesional ha sido diagnosticado mediante PCR									
(b) 543 (54,30 %) de los encuestados asistió directamente									
pacientes con COVID-19									
(c) 466 (46,60%) de los encuestados no asistió directamente									
pacientes con COVID-19									

Fuente: elaboración propia. N=1009 encuestas