

desde 1999

Observatorio Social

**LO DISRUPTIVO
UN MAL DE ÉPOCA**
Gabriela Renault
Mathias Nuñez

**PERCEPCION DE RIESGO
RELACIONADA CON COVID 19**
Fatiga por compasión
Patric Bondemann

49

SIMPOSIO INTERNACIONAL
EL AVANCE DE UN ENEMIGO SILENCIOSO
DIÁLOGOS E INTERCAMBIOS

I

3

Editorial

Eduardo Amadeo

4

Simposio Internacional

“Agotamiento profesional:
un enemigo silencioso”

4

Diálogos e intercambios

Ansaldo-Orlandi- Orlowski

10

Lo disruptivo un mal de época

Gabriela Renault y Mathias Nuñez

15

**Percepción de riesgo
relacionada con COVID-19**

Patrick Bodenmann

Febrero 2023

Observatorio Social
Publicación de la Asociación Civil Observatorio Social
Número 49



Av. de Mayo 1437, 4° G, (C1085ABE),
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
República Argentina
Teléfonos: (+54 11) 4384.6125 ó 4384.6128
contacto@observatoriosocial.com.ar
www.observatoriosocial.com.ar

Propietario

Asociación Civil Observatorio Social

Presidente

Guillermo Mayer Dawson

Comité Editorial

Eduardo Amadeo
Beatriz Orlowski
Guillermo Mayer

Diseño y Diagramación

Rocío Veiga

Asistente Editorial

Jazmin Macaya

Dirección Editorial

Mario Mazzeo

ISSN 1667-586X

Produce en Buenos Aires

Queda prohibida la reproducción total o parcial del contenido
sin la previa autorización del editor. Las notas firmadas son
responsabilidad de sus autores.

Comprender, hacer, sostener

Alentando la creatividad en busca de nuevas estrategias y caminos que afronten eficazmente la problemática del burnout, el Observatorio Social y PRISMA Proyecto organizaron en noviembre de 2022 el Simposio Internacional “Desgaste Profesional, el avance de un enemigo silencioso.” Charlotte Gilart de Kernaflec’h, profesora en la Universidad de la Salud de Vaud, departamento de Enfermería HESAV. Patrick Bodenmann, profesor titular en la Facultad de Biología y Medicina (FBM) de la UNIL, Carole Deletroz profesora e investigadora en el sector de cuidados de enfermería en HESAV. Ignacio Previgliano Director Médico Hospital General de Agudos J. A. Fernández, especializado en Terapia intensiva y Neurología y la Dra. Maria Cruz Martín Delgado miembro del Consejo de la FEPIMCTI para Iberoamérica, representando a la SEMICYUC, son quienes con sus aportes dieron un marco de excelencia al evento, complementado por las moderadoras y comentaristas del simposio, las Dras. Ana Ines Ansaldo y Cristina Orlandi y la Lic. Beatriz Orlowski quienes generaron un espacio riquísimo en diálogos e intercambios.

En este número 49 y los próximos números de la Revista del Observatorio publicaremos otros trabajos e investigaciones que se presentaron en el simposio. El Comité y la Dirección Editorial quieren sostener la difusión de tan excelentes presentaciones a modo de impulsar decididamente la puesta en agenda de una problemática compleja que requiere de decisiones múltiples para su afrontamiento...

Mario Mazzeo
Director Editorial

Editorial

Ejercicio PRISMA

El ejercicio PRISMA que desplegamos en este número del boletín del Observatorio Social tiene varios objetivos que creemos importantes.

El primero es analizar, desde una perspectiva teórica y práctica el impacto que el COVID-19 tuvo sobre numerosas dimensiones del trabajo social y sanitario, remarcando el aprendizaje que este evento tuvo sobre aspectos científicos, operativos y psicológicos en los equipos de atención. La conclusión es que más allá del drama humano, los aprendizajes han permitido proponer nuevas plataformas para optimizar el complejo trabajo asistencial en múltiples dimensiones; y que este tipo de encuentros están avanzando en ese camino.

Los testimonios de personas que trabajan en el espacio docente, muestran los caminos de reflexión que se han abierto y que tendrán importantes repercusiones, tanto para los médicos cuanto para los asistentes y pacientes, que han sufrido – ellos mismos y sus familias- terribles dramas humanos.

El COVID ha puesto en el espacio público el fenómeno del burnout, que hasta ahora estaba limitado a ámbitos sanitarios; y nos permite ahora extenderlo a muchas otras actividades en las que los cuidadores están sometidos a duras presiones de todo tipo. El cuidado de niños, jóvenes y ancianos es un ámbito poco analizado, y en el que el burnout impacta en la calidad de la atención cotidiana; y eventualmente se manifiesta en conflictos institucionales cuando ya es tarde para resolverlo.

El peor problema es que las personas cuidadas tienen un nivel de vulnerabilidad muy alto ante expresiones de agotamiento o desinterés de los cuidadores, que profundizan las carencias afectivas de base.

Trabajar este tema en sus múltiples ámbitos es entonces un desafío muy importante para la calidad de las acciones sociales, tanto en el campo público cuanto privado. Seguramente hay muchos testimonios que pueden ayudar a construir un corpus de ideas que mejoren la capacitación, organización y evaluación del funcionamiento de las instituciones que son parte de los sistemas sociales. En Observatorio Social vamos a avanzar en este camino, que ha tenido, en los trabajos presentados en el Simposio que aquí exponemos, su primer paso.

Eduardo Amadeo

Simposio Internacional

“Agotamiento profesional: un enemigo silencioso”

Diálogos e intercambios

Dra. Ansaldo - Dra. Orlandi - Lic. Orłowski

Con la presencia virtual de personas de 18 provincias de Argentina, de 11 países de la región y de Suiza, España y Estados Unidos el Simposio dedicado al Desgaste Profesional, el Enemigo Silencioso, quiere, como uno de sus objetivos, develar las fortalezas y las debilidades de ese síndrome que afecta cada vez con mayor intensidad a profesionales que atienden situaciones complejas de salud y sociales.¹

Expandir el conocimiento disponible y con ello favorecer e impulsar la búsqueda de respuestas en la multiplicidad de ámbitos y contextos en los que se manifiesta es también la tarea que el Observatorio Social y el equipo de Prisma Proyecto despliegan con ese fin.

Las Dras. Ana Inés Ansaldo, Cristina Orlandi, y la Lic. Beatriz Orłowski comentaristas y moderadoras en el marco del Simposio titulado “Agotamiento profesional: un enemigo silencioso”, animaron la discusión subsecuente a las intervenciones de los disertantes Charlotte Gilart de Kernaflec'h, Carole Délétroz, María Cruz Martín Delgado, Ignacio Previgliano y Patrick Bodenmann, conceptos a partir de algunas de las preguntas formuladas por los participantes y comentarios surgidos en la conferencia.


La riqueza de ese diálogo dio lugar a elaborar el siguiente texto que articula ese momento coloquial entre sus autores.

Los conceptos vertidos en el Simposio comparten bases filosóficas y antropológicas, que nos permiten revisar nociones utilizadas cotidianamente, nociones que tienen consecuencias directas en el funcionamiento y la percepción del mismo en los equipos de salud.

Por ejemplo, la noción de “burnout” definida en la presentación de la Dra. Charlotte Gilart de Kernaflec'h, es una etiqueta diagnóstica que corresponde a la imposibilidad de adaptarse a una situación extrema, que suele tener una connotación generalmente negativa y estigmatizante. Esta noción podría ser revisada, y reemplazada por la noción de “destreza moral”, una noción mucho más amplia y antropológicamente más rica, dado que considera los distintos perfiles individuales, roles profesionales, trayectorias de vida y factores culturales que pueden modular dicha destreza moral, como una manifestación de la capacidad de adaptación a lo que está sucediendo.

En la misma línea de pensamiento, el Profesor Bodenmann señala que, dado que somos humanos, tenemos una capacidad de empatía, y por ende es natural que nos sintamos

¹ Beatriz Orłowski



conmovidos por el dolor de otro humano. Esta reacción afectiva natural a una situación de riesgo es vivida como un hándicap, en particular en las profesiones médicas que conllevan en su rol el objetivo implícito o explícito de solucionar el problema. Esta pseudo contradicción entre la destreza moral resultante de la empatía y el mandato de resolución del problema debe ser abordada de frente y debatida abiertamente. Dicho debate presume la toma de conciencia de la vulnerabilidad de todos, inclusive de los profesionales de salud. Dicha reflexión debe integrarse en los programas de formación en ciencias de la salud, e inspirarse de los abordajes que han demostrado su eficacia en disciplinas tales como las ciencias de la enfermería, por ejemplo, sensibilizando a las autoridades, para que se puedan implementar.²

Los resultados de estudios de investigación realizados durante la pandemia COVID-19, tanto en Suiza como en otros países del mundo hacen hincapié en la falta de personal de salud y en particular en el incremento de la deserción en los equipos de médicos intensivistas. La pregunta que surge es qué recomendaciones se podrían hacer a los líderes de los sistemas de salud, a los líderes institucionales, para poder mejorar esta situación que es grave y una fuente de incertidumbre y de amenaza que genera preocupación por el futuro al mismo tiempo que complica la actualidad.³

Una primera acción es la de sensibilizar las instancias correspondientes a la situación de ur-

gencia y de crisis. Más allá de la toma de conciencia de la complejidad de las acciones que los equipos clínicos realizan en el terreno en situación de exigencia extrema, es fundamental la comprensión del sentido de emergencia, es un elemento crucial para que los decisores comprendan la gravedad de la situación y tomen medidas concretas para revertirla.

Algunas acciones concretas desarrolladas por equipos argentinos, entre los cuales el equipo del Hospital Fernández⁴, han demostrado su eficacia en cuanto a su capacidad para tomar conciencia de la destreza moral, de su existencia y su impacto en el comportamiento profesional. Entre ellas, la creación de espacios de trabajo más seguros y flexibles, por ejemplo, y la puesta en práctica de una rotación más ágil de equipos sujetos a alto grado de destreza moral (i.e. cada 6 meses), trabajar en concierto con las áreas de recursos humanos y finanzas para implementar de manera durable modificaciones administrativas que favorezcan un ejercicio de la profesión menos sujeto al agotamiento profesional, y fortalecer y reforzar los equipos que hoy ya practican estas soluciones, para asegurar su permanencia. En particular, la rotación planificada de equipos parece ser una condición esencial.⁵

Otro aspecto fundamental es el de la integración de estas nociones en los currículos de formación profesional. Los estudiantes de pregrado en las carreras de salud podrían tener lecciones y clases en vivo, y recibir una formación explí-

2 Ana Inés Ansaldo

3 Cristina Orlandi

4 Ignacio Previgliano

5 Patrick Bodenmann

citamente dedicada a la humanidad médica en el sentido amplio de la palabra, durante todo el proceso de formación, lo que facilitará la comprensión y la asimilación de los conceptos fundamentales, necesarios a una práctica segura en un medio difícil. Algunas estrategias a desarrollar junto con los estudiantes incluyen: abordar las prácticas complejas en forma colectiva, trabajar conjuntamente sobre soluciones protectoras para sí mismos, sabiendo que esto tendrá repercusiones positivas no solo en ellos sino también en la calidad de los cuidados que ellos podrán brindar a sus pacientes. Para esto, es esencial formar a los alumnos en este ámbito y poner a su disposición las herramientas conceptuales para que puedan leer la realidad desde el punto de vista duro.

Actualmente, el nivel de seguridad en la práctica compleja no es satisfactorio, como consecuencia de factores estructurales, financieros, la cantidad de puestos disponibles, etc. En este contexto, es imprescindible invitar a los decisores políticos a que pasen más tiempo con los equipos de trabajo. Desgraciadamente, cuando se los invita a un servicio en donde potencialmente hay mucha fatiga ocupacional y mucho malestar moral, sólo se quedan pocos minutos, lo cual les impide ver la realidad de la situación. Lo recomendable es sumergir a las personas responsables de las decisiones en la realidad del servicio de modo que sus evaluaciones y decisiones emerjan de esa experiencia del contexto. Estar sumergido en la realidad del fenómeno tiene un efecto que sobrepasa cualquier explicación o lectura de un documento es muy importante hablarle francamente a los políticos y mostrarles la realidad desde nuestro punto de

vista.⁶

En cuanto a la prevención del síndrome de burnout⁷, es importante tener en cuenta que se trata de una problemática que está generada por una estructura que no ofrece la necesaria seguridad. Se debe disponer de un marco muy claro y saber que se espera de la persona y que no. Las normas muy estrictas, resultan -en ocasiones complejas- ordenadoras, porque dan pautas claras para actuar en un terreno que no es fácil. Las personas más empáticas tienen tendencia a querer salvar el mundo y esa tendencia natural es un riesgo que a veces es un efecto bumerán que se vuelve hacia la persona. Quienes se desgastan en los equipos son las personas más dedicadas con los pacientes, lo cual no sucede con quienes toman cierta distancia del paciente. Las reglas de partida dicen que tomar una distancia óptima del paciente es lo que se espera del profesional y eso puede ayudar a situarse. Dedicarle tiempo al proceso de comprensión del fenómeno del desgaste, suele ser bastante útil.⁸

Otra opción de cuidado preventivo es rotar a una segunda línea, retirarse un poco de la primera línea. Algunos estudios mencionan esta posibilidad de intercambio que le reconoce a quienes están en esa segunda línea el rol de actores necesarios e imprescindibles en el equipo y para el equilibrio del sistema. Para prever mayor variabilidad entre las líneas de exposición surge una constante en los estudios longitudinales y en las estrategias implementadas en las estructuras piramidales, como es el caso de las

⁶ Charlotte Gilart de Kernaflec'h

⁷ El síndrome de burnout se identificará con las siglas SB.

⁸ Patrick Bodenmann

fuerzas armadas.⁹ Otro ejemplo de la importancia de la rotación, nos viene de la naturaleza, en las migraciones de especies. Por ejemplo, en el caso de los gansos que parten del sur para el norte o viceversa, la estrategia que les ha permitido sobrevivir es la formación en V, con rotación de líderes y seguidores, para dar descanso a las que conducen la bandada.¹⁰ Un último punto muy importante es el del estrés moral o desgaste emocional o fatiga por compasión, producidos por las crudas restricciones de visitas o acompañamiento de los pacientes, que llevaron entre otras cosas a duelos patológicos afrontados junto los familiares, ambos factores determinantes en el proceso de fragilización del personal de salud. Al respecto, las organizaciones en el sistema de salud optaron por diversas respuestas.¹¹ Hay un consenso en cuanto al hecho de que el sistema se equivocó en la aplicación de medidas tan restrictivas de protección, vulnerando un derecho fundamental de las personas. Al respecto, el Hospital Universitario 12 de octubre fue el primer hospital que permitió en todo momento las visitas de las familias, tanto en la unidad familiar actual con boxes cerrados, cómo en la unidad de reanimación abierta. Los familiares, con restricciones, pudieron acceder a estar con los pacientes y esto no generó un aumento de los contagios en comparación con otras unidades. Aún reglamentado se mantuvieron las visitas durante toda la pandemia. Esta decisión fue una gran ayuda, según lo expresado por pares y familiares de pacientes. Esto muestra la importancia de disponer de equipos de protección individual, e intentar proteger al máximo a los familiares y médicos. Que alguien muera solo sin su familia es un impacto negativo evitable.¹²

La crisis como situación de disrupción, facilita la inserción de reglas novedosas resultantes de una irrupción en el medio ambiente de demandas urgentes que requieren celeridad e innovación en las decisiones para afrontarlas. El miedo es un enemigo, que no identificado puede obturar la creatividad en la búsqueda de soluciones. Profesionalizar la carrera de enfermería, disponer de personal temporal, o habilitar la auto detección de sobrecarga emocional son estrategias posibles y positivas ante la disyuntiva de las condiciones morales versus la calidad asistencial.¹³

Un ejemplo interesante proviene de Suiza, en donde la convocatoria de la ciudadanía a una consulta acerca de estos temas facilitó la toma de conciencia en los decisores políticos de las dificultades que afrontan los profesionales de la salud, de sus intereses y de las condiciones de trabajo que redundan en beneficios para el paciente. Hay aportes importantes a las necesidades de trabajo sobre la base de todo lo aprendido en el rol de enfermeros, y que permiten una mejor calidad y seguridad en el cuidado y en los pacientes. Este debate

9 Charlotte Gilart de Kernaflec'h

10 Ana Inés Ansaldo

11 Cristina Orlandi

12 María Cruz Martín Delgado

13 Cristina Orlandi y Ana Inés Ansaldo

con el gobierno ha permitido la obtención de suplementos presupuestarios para la formación, y es cierto que fuimos sostenidos por más del 60% de la población, es decir, que los enfermeros cuentan con ese apoyo. Con los aplausos no alcanza; ese apoyo de cada ciudadano estimula la discusión sobre la cuestión en altos niveles del gobierno.

Es importante tener en cuenta que hay muchas profesionales que son mujeres que más allá de su actividad profesional, cumplen con muchas otras tareas. Mujeres que tienen una vida familiar o son además cuidadoras de seres queridos y parientes. Otro motivo que explica porque el trabajo al 100% es muy difícil de cumplir a largo plazo. Eso explica también porque hay mucha rotación en la profesión de la enfermería y porque rápidamente los profesionales reducen su actividad profesional. Además, constatamos en nuestro quehacer cotidiano que hay un deseo de hacer un trabajo de tiempo parcial. La verdad es que hace falta investigar un poco más las razones de esta voluntad de trabajar a tiempo parcial, lo que es contrario a las expectativas de las instituciones.

No sabemos cómo se va a organizar el trabajo en función de la modalidad de tiempo parcial. Los trabajos de media jornada son empleos fijos y de alguna manera hay que incorporar a colegas con media jornada a los equipos existentes. Ser empleado permanente, en una institución y tener que integrar a una persona a tiempo parcial a su equipo no es fácil. La persona que se incorpora de forma temporaria está cómoda en esta situación, pero la que está a tiempo completo, tiene -además de la carga de trabajo completo- que adaptarse a esta persona que viene de forma temporaria, lo que provoca en la primera una cierta rispidez.

Las enfermeras hacen esta elección por motivos comprensibles; la razón de esta elección subyace una cuestión de exceso de agotamiento y un sentido de responsabilidad en cuanto a la conciencia de no poder garantizar la seguridad de sus pacientes si trabaja al 100%. Surgen entonces ideas para disminuir el tiempo de trabajo para poder aportar una calidad de cuidado mejor al paciente, o reducciones salariales porque necesito estar al cuidado de una situación familiar. Será importante investigar esas razones.¹⁴

Las razones por las cuales las personas quieren disminuir las horas de trabajo son multifactoriales. Es esencial ahondar en esas cuestiones, ya que las enfermeras suelen tener una conciencia muy clara y aguda de los límites de sus intervenciones, dado que están permanentemente en una relación sumamente directa y de mucho tiempo con los pacientes. Esta particularidad de los cuidados de enfermería incide en las intenciones personales, las de medio ambiente, las familiares, de contexto social, y los criterios de formación.

Podemos señalar que cuando las enfermeras son academizadas, baja significativamente el porcentaje de las profesionales afectadas por el síndrome. El conflicto que surge a partir de la academización, dado que la enfermera dispone de los instrumentos intelectuales para ser consciente del estrés moral y al darse cuenta de que ya no puede dar cuidado de todos los aspectos del paciente, no solo lo físico sino también lo emocional, poco a poco la enfermera pasa de una presión

14 Carole Délétroz

emocional a un malestar emocional.

Más allá todas las profesiones incluyendo a las enfermeras que están en el centro de la profesión de cuidados tiene una idea de lo que es el cuidar al paciente, esta idea de cuidado seguro de la que discutimos hoy y las distintas perspectivas a las que hacemos referencia, no estaban disponibles durante la pandemia. La crisis de la pandemia nos ofrece la oportunidad de construir esta noción. Es un camino para explorar y las soluciones surgirán, aunque sea en dosis pequeñas pero regulares, que son las que le hacen bien a los pacientes y a los profesionales.

Para conocer la trayectoria y experiencia de los disertantes mencionados en éste artículo, ofrecemos los enlaces a sus curriculum.

Ana Inés Ansaldo:

<https://criugm.qc.ca/en/chercheurs/ansaldo-ana-ines-en/>

Cristina Orlandi:

<https://www.sati.org.ar/images/elecciones/cv-orlandi.pdf>

Beatriz Orlowski:

<https://drive.google.com/file/d/1OE-eFJFTEfxWbWnsDIKtf8VVswvLN6k5/view>

Charlotte Gilart de Kernaflec'h:

<https://hesav.ch/annuaire/profil/charlotte.gilartdekeranflech/>

Carole Délétroz:

<https://reflis.fr/project/carole-deletroz/>

María Cruz Martin Delgado:

<https://drive.google.com/file/d/1GcvEwpqchQ9SgsFv0pIE5T2INnoX3cu0/view>

Ignacio Previgliano:

<https://drive.google.com/file/d/1GUWOUm5YiJmjiQX36SN9qLeURkSJxy-D/view>

Patrick Bodenmann:

https://drive.google.com/file/d/1Ge_6lxQLm3An5AH8EtvS72YU9mOH5uqV/view

Edición:

Ana Inés Ansaldo & Mario Mazzeo

Desgrabación y Compaginación:

Jazmin Macaya



Lo disruptivo un mal de época

“Relevamiento e implicancias del estado de estrés laboral crónico (Burnout) en profesionales de un hospital de la provincia de Misiones, Argentina.”

Gabriela Renault y Mathias Nuñez

Lo que se transcribe a continuación es una síntesis del trabajo completo que la Dra. Gabriela María Gloria Renault y el Lic. Mathias Nuñez han presentado en la Jornada “Desgaste profesional, un enemigo silencioso” del 3 de agosto del 2022.¹ Lo disruptivo como un mal de época, relevamiento e implicancias del estado de estrés laboral crónico (burnout) en profesionales de un hospital de la provincia de Misiones, Argentina.” El artículo refleja una investigación cuantitativa con alcance correlacional, que tuvo como objetivo estudiar el síndrome de burnout y su relación con la percepción de autoeficacia en médicos, psicólogos y enfermeros.

Presentando hallazgos de gran aporte para el campo académico y profesional, los resultados de su investigación evidencian que el 50.0% de los profesionales involucrados en la investigación presentaron indicadores de síndrome de burnout, el 48,4% ha presentado un nivel bajo de autoeficacia, y el 79,7% estima estar padeciendo estrés debido a su trabajo asistencial. Sumado a ello, el 38,3% indicó no poseer estrategias eficaces para controlar el estrés laboral. Estos resultados, para la Dra. Renault, refuerzan la importancia de hacer visible la problemática contemporánea del síndrome de burnout. En el inicio de su exposición afirma que “...es importantísimo y celebro estar reunidos por este gran tema...” agregando, “yo creo que a partir de ahora nosotros tenemos que empezar a seguir haciendo investigaciones, a poder dar cuenta de todo esto, para que con los resultados podamos trabajar”.

¹ https://www.observatoriosocial.com.ar/images/SEMINARIOS/Desgaste_profesional/Material_consulta/El_sindrome_de_Burnout_en_profesionales_de_la_salud_y_su_relacion_con_la_percepcion_de_Autoeficacia.pdf

A partir del 2020 hemos visto que todo puede ser posible, los distintos contextos históricos, geográficos y económicos implican aprender a vivir. La certeza más fuerte de hoy es aprender a vivir con incertidumbre. Por ello es importante trabajar la incertidumbre, porque estamos encontrando que nuestra vida no siempre es lo que imaginamos, más allá de que cotidianamente vivimos situaciones disruptivas que resultan con impacto disruptivo y son más fuertes todavía al momento de querer reponernos.²

Tres clases de incertidumbres

La Dra. Renault aproxima tres clases diferentes de incertidumbre:

- 1.** Incertidumbre experimental: basada en el principio experimental de la física que sostiene que es imposible medir con exactitud simultáneamente, la posición y velocidad de una partícula, y le adjudica otra dimensión en las ciencias humanas. Devela la incertidumbre existencial con la que convive todo ser humano, que remite a pensar en una incertidumbre constitutiva, y que permite ser mensurada desde alguna magnitud.
- 2.** Incertidumbre de las Ciencias Humanas: dentro de las ciencias humanas se ha estudiado la lucha del hombre contra la incertidumbre y el sufrimiento que esta le causa. Una de las primeras respuestas construidas por la humanidad ha sido el mito, este objetiviza y le da un orden y esperanza a los miedos humanos ante lo inestable e impredecible del entorno.
- 3.** Incertidumbre de la disrupción: a la cuota de incierto e incertidumbre de las ciencias incorporadas se ha agregado lo disruptivo, un impacto cuando no se piensa. El síndrome de ansiedad disruptiva implica el no estar preparado e igual ocurre.

En este contexto, se explica la importancia de concebir al SB a partir del estrés cómo un equilibrio entre dos fuerzas: los recursos psicológicos de las personas y las demandas externas. Cuando dichos recursos son menores a las demandas externas se produce un estrés que implica un cierto desequilibrio. Cuando esto se produce en el ámbito laboral se habla de estrés laboral, cuando tiene un carácter crónico hablamos de SB.


El SB es una respuesta disfuncional al estrés laboral crónico en profesiones de ayuda e implica agotamiento emocional, despersonalización y reducción de la realización personal. Se presenta en profesionales que están trabajando con personas que se encuentran en situaciones graves, que requieren un tratamiento constante. Inicialmente se estudiaba en médicos y luego se fue extendiendo hacia otras profesiones de ayuda cómo docentes, personal de seguridad, entre otros, dándole cada vez más una aplicación general.

² Gabriela Maria Gloria Renault

Hay una mayor posibilidad de contraer estrés-SB cuando el trabajador no confía en su propia capacidad. Por ello, son importantes las creencias que poseen las personas respecto de sus propias capacidades, si consideran que pueden ser eficaces no se verán tan afectadas por situaciones estresantes. Las personas además de tener sus capacidades deben tener conciencia de ello, de lo contrario no las podrán poner en práctica y en consecuencia cambiará su rendimiento.

El SB se manifiesta a través de un intenso cansancio emocional, que conduce a la pérdida de la motivación y puede implicar angustia por fracaso laboral. Se identifican tres dimensiones:

- 1.** Agotamiento emocional: la energía emocional del profesional y su capacidad de entrega a otras personas se va reduciendo. Es una fatiga psíquica y física. El trabajador se siente “vacío” y sin nada que ofrecer en su carrera.
- 2.** Despersonalización: actitudes negativas hacia las personas a las que asiste. El trabajador se va deshumanizando. Llega a pensar que los pacientes son merecedores de los problemas de salud que padecen. Aumento de cinismo, irritabilidad y hostilidad hacia pacientes y colegas.
- 3.** Baja realización personal: se presenta una tendencia a evaluarse de manera negativa. Sentimientos de infelicidad y descontento, consigo mismo y con el trabajo. Baja autoestima, evitación de relaciones interpersonales, disminución de la productividad e incapacidad para tolerar la presión.



Las causas están relacionadas con demandas y presiones laborales excesivas, sin la suficiente asistencia de la organización donde está el profesional. Entonces este se adapta o se sobreadapta y resulta difícil poder reflexionar sobre el riesgo que esto le representa, el trabajador ya no percibe las señales que su propio cuerpo le envía y advierte el peligro una vez que llegó a un punto extremo. De esta manera, estarán más expuestos quienes tengan un alto nivel de expectativas para brindar ayuda pero que no advierten las limitaciones que pueden existir, tanto en el paciente cómo en el contexto organizacional donde se desempeña.

El estudio del SB se da en distintos niveles, en ellos el trabajo puede ser percibido cómo factor de bienestar o malestar. Se encuentra el nivel individual, en donde la historia vital influye en la manera en que se perciben las exigencias laborales, las capacidades que haya podido desarrollar le permiten hacer frente a las demandas del trabajo. Pueden existir distorsiones entre los recursos de cada individuo y la percepción que tienen de ellos. Luego se encuentra el nivel grupal, las relaciones competitivas dentro del grupo y con otros grupos, relaciones de mutua colaboración y conexión con los objetivos organizacionales. Pueden darse conflictos debido a las características y reglas de cada grupo, y por las diferencias y el trato que exista entre sus integrantes. Finalmente se encuentra la dimensión organizacional, en la cual se considera la

posibilidad de las organizaciones de dar respuesta a las necesidades de sus empleados, las cualidades y los tipos de liderazgo, la participación de los trabajadores, la definición de roles y funciones, el apoyo social y la comunicación.

La investigación realizada por Mathias Nuñez y Gabriela Renault, contó con un tamaño de 128 participantes, el muestreo fue llevado a cabo en febrero del 2020. Mediante un diseño no experimental, transversal, con un enfoque cuantitativo, los resultados pre pandemia son los siguientes.

En cuanto a la presencia de indicadores de SB, el 21,9% presentó indicadores en las tres dimensiones, el 50.0% presentó uno o dos indicadores de SB y el 28.1% no presentó ningún indicador de SB. En lo que respecta al nivel de autoeficacia, el 48.4% presentó un nivel bajo de autoeficacia, el 46.9% presentó un nivel medio de autoeficacia y el 4.7% presentó un nivel alto de autoeficacia. No se han encontrado relaciones significativas entre la autoeficacia y las tres dimensiones del SB

Finalmente, el 79.7% indicó creer que puede estar padeciendo estrés debido a su trabajo asistencial, el 38.3% respondió no poseer estrategias eficaces para manejar el estrés laboral y el 53.9% identificó al nivel organizacional cómo principal causante del malestar o bienestar.

Esto implica que los profesionales que están siendo sobrepasados de trabajo, estarían padeciendo un estrés laboral crónico presentando: trabajadores quemados -entendiendo a este término cómo la falta de capacidad de tomar decisiones eficientes y/o acertadas- cansancio emocional, posibilidad de perder la motivación y presentar angustia laboral. Las causas de

esto pueden estar relacionadas con cualquiera de las 3 dimensiones: individual, grupal o institucional/organizacional. La organizacional generalmente es la más difícil de modificar, por eso las propuestas son principalmente apuntar a lo individual, aunque se contemplen otras opciones.³

El SB se caracteriza por su difícil reversibilidad, las medidas resultan insuficientes cuando el cuadro ya se ha establecido. Por lo que, para su prevención se plantea trabajar:

1. A nivel individual: promover la actividad física, la relajación, incentivar la realización de actividades gratificantes y sociales.
2. A nivel grupal: incentivar el apoyo entre pares y superiores.
3. A nivel organizacional: buscar el compromiso de toda la organización en intervenciones preventivas principalmente, además de talleres orientados a la prevención, con el objetivo de cuidar a los cuidadores.

Cómo conclusión del trabajo se propuso un programa de intervención basado en tres ejes:

1. Capacitación permanente para prevenir el estrés y promover la salud mental
2. Área de psicodiagnóstico laboral que se encargue de realizar pruebas psicotécnicas de manera regular
3. Gabinete interdisciplinario compuesto por

3 Mathias Nuñez

profesionales de la salud que tenga un rol preventivo y que atienda las demandas de asistencia espontánea y terapia psicológica.

Finalmente se presentaron los siguientes recursos:

- Terapia cognitiva conductual clásica, que apunta a la restauración cognitiva para la resolución de problemas y toma de decisiones.

- Terapia dialéctico comportamental: busca la conciencia plena del momento presente, una sola cosa a la vez, regular el malestar, regulación emocional.

- Terapia de aceptación y compromiso: buscará la aceptación cognitiva y el contacto con el momento presente. Una dirección guiada por valores, una acción comprometida en un “yo” cómo contexto.

- Psicología positiva: compromiso del fluir, emociones positivas, relaciones interpersonales positivas y duraderas, sentido de logro y propósito de la tarea.

Percepción de riesgo relacionada con COVID-19

Respuestas afectivas futuras entre trabajadores de la salud. La fatiga por compasión.

Patrick Bodenmann

Objetivos: Aunque los primeros hallazgos sugieren que las percepciones de riesgo relacionadas con el COVID-19 afectan al bienestar psicológico de los trabajadores sanitarios, es necesario aclarar las asociaciones temporales entre estas variables y explorar más a fondo la experiencia vivida por los trabajadores sanitarios. Este estudio propone una evaluación mixta de la percepción del riesgo relacionado con la COVID-19 y las respuestas afectivas entre los trabajadores sanitarios.

Métodos: Se realizó un estudio longitudinal de métodos mixtos. Las trabajadoras sanitarias ($n = 138$) completaron medidas de percepción del riesgo COVID-19, depresión, ansiedad, agotamiento y estrés traumático secundario (STS) al inicio y 6 meses después. Una submuestra ($n = 20$) participó en entrevistas semiestructuradas que exploraban tanto las percepciones de riesgo como las respuestas afectivas.

Resultados: Los principales hallazgos cuantitativos mostraron asociaciones positivas entre la preocupación por contaminar a otros y la depresión (TIR = 1,04, $p < 0,05$), la ansiedad (TIR = 1,03, $p < 0,01$), el STS ($b = 0,3$, $p < 0,05$) y las percepciones de falta de protección (TIR = 1,04, $p < 0,05$) con las puntuaciones de ansiedad. Del análisis de contenido temático surgieron cuatro temas: 1) la vida se puso patas arriba; 2) las habilidades se pusieron en cuarentena; 3) lidiar con el malestar de los pacientes; 4) encontrar el equilibrio entre protección y restricciones.

Conclusiones: Estos hallazgos enfatizan la importancia de desarrollar intervenciones a medida, como sesiones de discusión en grupo, para optimizar la percepción del riesgo y ayudar a gestionar la incertidumbre.

Introducción

El brote de enfermedad por coronavirus de 2019 ha provocado retos sin precedentes en todo el mundo, alcanzando a 220 países y territorios, con hasta 517.648.631 casos confirmados y 6.261.708 muertes en todo el mundo (informe de situación actualizado a 10 de mayo de 2022) [1]. Esta situación sin precedentes expuso a los profesionales sanitarios a un alto riesgo de experimentar respuestas afectivas [2, 3]. De hecho, hallazgos anteriores indican que durante el brote de COVID-19 los TSC experimentaron con frecuencia depresión, ansiedad, agotamiento (es decir, respuesta al estrés crónico en el lugar de trabajo, que incluye agotamiento emocional, despersonalización y reducción de capacidades) [4] y síntomas de estrés traumático secundario (es decir, STS; fatiga por compasión y estrés resultante de ayudar a los demás) [5].

Curiosamente, no todos los PS experimentan respuestas afectivas al mismo nivel, siendo los PS de primera línea (es decir, los que trabajan directamente con casos sospechosos o confirmados), las mujeres y las enfermeras los que corren un mayor riesgo de informar de respuestas afectivas [6-8, 13]. Además, la forma en que se ve afectado el bienestar psicológico de los PS varía según la fase de la pandemia. En la primera fase predominan los miedos, la incertidumbre y el aumento de la carga de trabajo [14, 15], mientras que después aparecieron la fatiga por compasión y el estrés derivado de la nueva forma de ayudar a los demás [16].

Otro factor asociado con los niveles de respuesta afectiva es la percepción del riesgo (es decir, el proceso reflexivo mediante el cual los individuos identifican y dan significado a un acontecimiento como una amenaza) [17]. Según dos estudios realizados en Europa durante el brote de COVID-19, al 59% de los PS les preocupaba infectarse y contaminar a pacientes y familiares [18, 19]. Es importante destacar que los estudios transversales revelaron sistemáticamente asociaciones positivas entre la percepción del riesgo relacionado con el COVID-19 y las respuestas afectivas entre los PS, como la ansiedad, el TEPT, la depresión y los síntomas de estrés [2,3]. Otras investigaciones transversales anteriores examinaron estas asociaciones entre PS que no eran proveedores de primera línea y hallaron resultados similares. Un estudio realizado en Finlandia mostró que los trabajadores sanitarios y sociales que percibían un mayor riesgo de infección por COVID-19 en su lugar de trabajo presentaban síntomas de estrés con más frecuencia que los que tenían una percepción de riesgo menor [20]. Se encontraron asociaciones positivas similares entre la percepción del riesgo y la depresión, la ansiedad y los síntomas de estrés entre los trabajadores sanitarios (centros de salud de la Sociedad de la Media Luna Roja de Qatar) [21], los dentistas y los trabajadores sanitarios de hospitales de Italia [13,22], China y Hong Kong [23].

Estos estudios proporcionan pruebas iniciales de una asociación transversal entre la percepción del riesgo relacionado con el

COVID-19 y las respuestas afectivas entre los PS. Sin embargo, se necesita investigación longitudinal para sacar conclusiones sobre la asociación temporal entre estos hechos. Además, por lo que saben los autores, sólo tres estudios cualitativos realizados en Omán, Australia y Estados Unidos con PS han explorado estas dimensiones [24,25]. Los resultados documentaron que los PS temían exponerse al COVID-19 y contaminar a otros, lo que se veía agravado por la escasez de medidas de prevención de infecciones. Se necesitan más investigaciones cualitativas en profundidad que exploren la experiencia vivida por los PS para comprender mejor su percepción del riesgo y sus respuestas afectivas, aportar información a la interpretación de los resultados cuantitativos y, en última instancia, identificar qué apoyo bien adaptado podría atenuar estas reacciones.

En respuesta, este estudio longitudinal de métodos mixtos tenía como objetivo 1) evaluar las asociaciones entre la percepción del riesgo relacionada con la COVID-19 y la depresión, la ansiedad, el agotamiento y los síntomas CTS 6 meses después, 2) explorar cualitativamente la percepción del riesgo y las respuestas afectivas entre los PS en Suiza. Basándonos en las pruebas transversales, planteamos la hipótesis de que los niveles más altos de percepción del riesgo al inicio del estudio se asociarían de forma significativa con respuestas afectivas más altas 6 meses después.

Método

Participantes

Los participantes eran PS que trabajaban en el Centro de Atención Primaria y Salud Pública de la parte francesa de Suiza (Unisanté). Los criterios de inclusión fueron formar parte del personal sanitario médico (es decir, médicos de atención primaria) o no médico (por ejemplo, enfermeros, farmacéuticos, psicólogos); trabajar en Unisanté durante la primera fase de COVID-19 (es decir, febrero-junio de 2020). En total, 339 miembros del personal fueron elegibles e invitados a participar (69,5% mujeres). De ellos, 178 participantes (52,3%) completaron la evaluación inicial y 138 completaron la evaluación de seguimiento a los 6 meses (77,5%). Se consideró razonable un periodo de seguimiento de 6 meses dada la rapidez con la que surgieron los conocimientos relativos a la transmisión de COVID-19.

Procedimiento

Reclutamiento y evaluación cuantitativa

Se invitó por correo electrónico al personal elegible a participar en el estudio. Los PS interesados se registraron en un formulario electrónico de notificación de casos para proceder al consentimiento informado y escrito. A continuación, los participantes recibieron un correo electrónico con un identificador único que enlazaba con el cuestionario de referencia. Seis meses después, los participantes recibieron un correo electrónico invitándoles a completar la evaluación de seguimiento.

Evaluación cualitativa

Tres meses después de la línea de base, se invitó a los participantes a participar en una entrevista semiestructurada. Para obtener la máxima variación en el muestreo, se seleccionaron tres grupos profesionales (médicos de atención primaria, enfermeras y farmacéuticos). El personal investigador seleccionó aleatoriamente participantes de cada categoría profesional hasta alcanzar la saturación de datos. Las entrevistas fueron realizadas por tres investigadores principales con experiencia en evaluación cualitativa y salud mental. Tras las primeras 20 entrevistas, los investigadores combinaron sus experiencias y observaron la repetición de comentarios similares, coincidiendo en que se había alcanzado la saturación de datos. Las entrevistas se realizaron cara a cara o por teléfono, y duraron entre 32 y 77 minutos. Las sesiones se grabaron y transcribieron íntegramente.

Aprobación ética

Todos los procedimientos se llevaron a cabo de acuerdo con las normas éticas del Comité Ético de Investigación Humana del Cantón de Vaud (CER-VD, 2020-00967).

Medición cuantitativa

Variabes demográficas

La edad, el sexo y la actividad profesional (trabajo) se evaluaron al inicio del estudio. Dos ítems evaluaron el estado psicológico previo a la pandemia COVID-19 (psicoterapia en curso, prescripción de fármacos psicotrópicos), recodificados como 1 (responder “sí” al menos a una pregunta) y 0 (responder “no” a ambas

preguntas).

La percepción del riesgo en relación con el COVID-19

La percepción del riesgo en los últimos 2 meses se evaluó con una medida desarrollada en el contexto del Ébola que se adaptó a COVID-19 [26]. Se pidió a los participantes que indicaran su percepción de la exposición al COVID-19 y su preocupación por la infección, la transmisión y la eficacia de las medidas de protección. Los ítems se sometieron a un análisis de componentes principales (ACP). La idoneidad de los datos para el ACP se vio respaldada por la inspección de la matriz de correlación, que reveló coeficientes de 0,3 y superiores, el valor de Kasser-Meyer-Olkin (0,72) y la significancia estadística de la prueba de esfericidad de Bartlett ($p < 0,001$). El ACP reveló 3 componentes con valores propios superiores a uno, que explicaban el 27,14%, 15,29%, 12,44%, de la varianza: 1) percepciones de riesgo de contraer COVID-19 (Riesgo; $\alpha = 0,72$, media inter ítem = 0,41); 2) percepciones de falta de protección (Desproteger; $\alpha = 0,56$, media inter ítem = 0,31); y 3) preocupación por contraer COVID-19 y consecuencias (Preocupación; $\alpha = 0,61$, media inter ítem = 0,28).

Síntomas de depresión y ansiedad

La depresión y los síntomas de las últimas 2 semanas se evaluaron con el Quick Inventory of Depressive Symptomatology Self Report (QIDS-SR) [27] y el Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) [28]. La consistencia interna fue adecuada ($\alpha = 0,75$ y $0,88$).

Burnout laboral y STS

Los síntomas de burnout laboral y STS se evaluaron con dos subescalas de la Escala de Calidad de Vida Profesional (PrQoL) [29]. El agotamiento laboral ($\alpha = 0,70$) y el STS ($\alpha = 0,78$) mostraron consistencias internas adecuadas.

Medición Cualitativa

Las entrevistas semiestructuradas se guiaron por una tabla que pretendía explorar la experiencia de los PS, las respuestas emocionales, la percepción del riesgo, las dificultades encontradas y las estrategias utilizadas para abordarlas (véase el apéndice suplementario S1).

Plan de preparación y análisis de datos

Análisis cuantitativo

Las puntuaciones de depresión ($S = 1,8$, $K = 1,13$) y ansiedad ($S = 0,9$, $K = 1,14$) mostraron distribuciones aproximadas a una binomial negativa y una distribución de Poisson, respectivamente. Así pues, se utilizaron regresiones binomiales negativas y de Poisson para probar las asociaciones de la percepción del riesgo con las puntuaciones de depresión y ansiedad. Se seleccionaron regresiones lineales para las puntuaciones de burnout ($S = -0,04$, $K = 0,06$) y STS ($S = 0,67$, $K = 0,98$) que seguían distribuciones normales.

TABLE 1 | Descriptive Statistics and Significance by Assessment Time (Risk perception related to COVID-19 and future affective responses among healthcare workers in Switzerland: A mixed-methods longitudinal study; Switzerland, 2022).

	Baseline		6-month follow-up		
	Mdn	IQR	Mdn	IQR	Z
Depression score	4	5	4.5	6	1.76
Anxiety score	3	5	3.5	7	3.11**
	M	SD	M	SD	t
Burnout	21.37	5.18	22.06	5.76	-1.73***
STS	18.4	5.19	18.36	5.58	0.11
Unprotect	8	2.73	9.28	2.66	-5.29***
Worry	16.81	3.98	16.98	3.59	-0.54
Risk	16.14	4.72	16.24	4.39	-0.26

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Los predictores de percepción de riesgo (es decir, desprotección, preocupación y riesgo) se probaron en el mismo modelo, lo que dio lugar a cuatro modelos finales (es decir, modelos de depresión, ansiedad, burnout y puntuación STS). Todos los participantes tuvieron al menos contactos indirectos con pacientes con COVID-19, mientras que la mayoría tuvo también contactos directos. Dadas las asociaciones conocidas entre ser trabajadores de primera línea, la percepción del riesgo y las respuestas afectivas [13,30], primero realizamos análisis con toda la muestra. A continuación, los repetimos excluyendo a los participantes que sólo informaban de contactos indirectos. Todos los modelos se ajustaron por edad, sexo, trabajo y estado psicológico. Los análisis se realizaron con STATA 16. El nivel de significancia se fijó en $p = 0,05$.

Análisis cualitativo

Se realizó un análisis de contenido temático inductivo. Inicialmente, KT y MG (psicólogo) codificaron de forma independiente los mismos “datos brutos”. Los códigos emergentes se compararon para establecer el “grado de posible solapamiento”, habiendo combinado o reorganizado diferentes “conjuntos” de códigos. Una vez establecidos los nuevos códigos, fueron confrontados por un tercer investigador, VG (psicólogo). Los nuevos códigos se incorporaron al libro de códigos creado durante las reuniones de consenso [31]. Se utilizó el libro de códigos para codificar doblemente de forma independiente el 20% de los datos hasta que se estableció una coherencia adecuada entre los codificadores y las entrevistas restantes se

codificaron de forma independiente [32]. Posteriormente, KT exploró los temas generales, que se presentaron al equipo de investigación para confirmar la interpretación. Los comentarios de los equipos se integraron en el análisis [33]. El software ATLAS.ti facilitó la gestión y el análisis de los datos.

Resultados

Resultados cuantitativos:

Descripción de la muestra del estudio y estadísticas descriptivas

La edad media de la muestra ($N = 138$) fue de 40,83 ($DE = 11,33$) y el 75% se autoidentificó como mujer. Casi la mitad de los participantes eran médicos, mientras que el 25% eran enfermeros y el 28% otros profesionales (por ejemplo, farmacéuticos). La prevalencia de mujeres y profesiones se aproxima a la de la institución de origen. La tabla 1 presenta estadísticas descriptivas de las variables clave.

Análisis del desgaste

Los análisis de deserción indicaron que los no finalizadores ($M = 37,13$, $DE = 10,75$) a los 6 meses eran significativamente más jóvenes que los finalizadores ($M = 42,01$, $DE = 11,54$; $p = 0,02$). Por lo tanto, los análisis se ajustaron por edad. Los restantes análisis de deserción sobre el estado psicológico, el trabajo, las percepciones de riesgo y las puntuaciones de respuesta afectiva no encontraron diferencias significativas.

Modelos de regresión para predecir las puntuaciones de depresión, ansiedad, agotamiento y STS en participantes que informaron de contactos directos e indirectos con pacientes infectados

El cuadro 2 muestra los resultados de los modelos ajustados y no ajustados.

TABLE 2 | Regression Models Predicting Depression, Anxiety, Burnout and Secondary Traumatic Stress Scores in the Whole Sample (N = 138; Risk perception related to COVID-19 and future affective responses among healthcare workers in Switzerland: A mixed-methods longitudinal study; Switzerland, 2022).

	Depression score ^a			Anxiety score ^b		
	IRR (SE)	Z	95% CI	IRR (SE)	Z	95% CI
Unadjusted models						
Unprotect	1.05* (0.03)	2.06	1.01, 1.11	1.05*** (0.01)	3.5	1.02, 1.08
Worry	1.04* (0.02)	2.30	1.01, 1.08	1.03** (0.01)	3.21	1.01, 1.05
Risk	1.01 (0.02)	0.56	0.98, 1.04	1.04 (0.01)	1.24	0.99, 1.03
Adjusted models ^c						
Unprotect	1.05 (0.03)	1.82	0.99, 1.11	1.04* (0.02)	2.51	1.01, 1.07
Worry	1.04* (0.02)	2.15	1.01, 1.08	1.03** (0.01)	2.83	1.01, 1.05
Risk	1.02 (0.01)	0.86	0.98, 1.05	1.01 (0.01)	1.23	0.99, 1.03
	Burnout score ^b			Secondary traumatic stress score ^b		
	B (SE)	T	95% CI	B (SE)	t	95% CI
Unadjusted models						
Unprotect	0.44* (0.18)	2.41	0.08, 0.79	0.23 (0.18)	1.31	-0.12, 0.58
Worry	0.25* (0.13)	2.01	0.01, 0.5	0.31* (0.12)	2.47	0.06, 0.55
Risk	-0.15 (0.11)	-1.39	-0.37, 0.07	0.02 (0.11)	0.16	-0.20, 0.23
Adjusted models ^c						
Unprotect	0.37 (0.20)	1.87	-0.02, 0.76	0.19 (0.18)	1.03	-0.17, 0.55
Worry	0.25 (0.13)	1.9	-0.01, 0.051	0.3* (0.2)	2.51	0.06, 0.54
Risk	-0.11 (0.12)	-0.94	-0.6, 0.13	0.1 (0.11)	0.88	-0.13, 0.33

^aNegative binomial regression.

^bPoisson regression.

^cModels were adjusted for age, gender, work and psychological status.

*p < 0.05; **p < 0.01; ***p < 0.001.

Puntuación de depresión

La razón de verosimilitud para el modelo binomial negativo ajustado fue $X^2 [8] = 16,49$, $p < 0,05$. La preocupación se relacionó con una mayor puntuación de depresión a lo largo del tiempo (TIR = 1,04; $p < 0,05$), mientras que las asociaciones de desprotección (TIR = 1,05; $p > 0,05$) y riesgo (TIR = 1,02; $p > 0,05$) con la puntuación de depresión no fueron significantes.

Puntuación de ansiedad

La razón de verosimilitud para el modelo ajustado 1 fue $X^2 [8] = 44,81$, $p < 0,001$. La desprotección (TIR = 1,04, $p < 0,05$) y la preocupación (TIR = 1,03, $p < 0,01$) se asociaron con puntuaciones de ansiedad más altas a lo largo del tiempo. La asociación entre riesgo (TIR = 1,01, $p > 0,05$) y puntuación de ansiedad no fue significativa.

Puntuación de Burnout

El modelo ajustado no fue significativo ($F [8, 126] = 1,3, p = 0,3$). Asimismo, la desprotección ($b = 0,37, p > 0,05$), la preocupación ($b = 0,25, p > 0,05$) y el riesgo ($b = -0,11, p > 0,05$) no se asociaron significativamente con las puntuaciones de burnout.

Puntuación STS

El modelo ajustado fue significativo ($F [8, 125] = 3,26, p = 0,002$). Las asociaciones de desprotección ($b = 0,19, p > 0,05$) y riesgo ($b = 0,1, p > 0,05$) con las puntuaciones STS no fueron significativas. Sin embargo, hubo una asociación positiva entre la preocupación ($b = 0,3, p < 0,05$) y las puntuaciones STS posteriores.

Modelos de regresión que predicen las puntuaciones de depresión, ansiedad, agotamiento y STS excluyendo a los participantes que no informaron de contactos directos con pacientes infectados

A continuación, se presentan los resultados de los modelos ajustados que incluyen a los PS de primera línea ($n = 108$; véase la Tabla 3).

TABLE 3 | Regression Models Predicting Depression, Anxiety, Burnout and Secondary Traumatic Stress Scores in Participants Reporting Direct Contacts with Infected Patients ($n = 104$; Risk perception related to COVID-19 and future affective responses among healthcare workers in Switzerland: A mixed-methods longitudinal study; Switzerland, 2022).

	Depression score ^a			Anxiety score ^b		
	IRR (SE)	Z	95% CI	IRR (SE)	Z	95% CI
Unadjusted models						
Unprotect	1.06* (0.03)	2.32	1.01, 1.13	1.06*** (0.01)	4.08	1.03, 1.09
Worry	1.05* (0.02)	2.49	1.01, 1.09	1.05*** (0.01)	4.43	1.03, 1.07
Risk	0.98 (0.02)	-0.72	0.94, 1.03	0.96** (0.01)	-3.31	0.94, 0.98
Adjusted models ^c						
Unprotect	1.06* (0.03)	1.97	1.00, 1.12	1.06*** (0.02)	3.53	1.03, 1.1
Worry	1.04* (0.02)	2.23	1.01, 1.08	1.04*** (0.01)	3.91	1.02, 1.06
Risk	0.99 (0.02)	-0.67	0.94, 1.03	0.96** (0.01)	-3.19	0.94, 0.98
	Burnout score ^d			Secondary traumatic stress score ^d		
	B (SE)	t	95% CI	B(SE)	t	95% CI
Unadjusted models						
Unprotect	0.53** (0.2)	2.69	0.14, 0.93	0.33 (0.2)	1.64	-0.07, 0.73
Worry	0.34* (0.13)	2.55	0.08, 0.6	0.4** (0.14)	2.71	0.1, 0.64
Risk	-0.49** (0.15)	-3.34	-0.79, -0.2	-0.29 (0.15)	-1.95	-0.59, 0.004
Adjusted models ^c						
Unprotect	0.54* (0.22)	2.45	0.1, 0.97	0.33 (0.21)	1.55	-0.09, 0.74
Worry	0.31* (0.14)	2.26	0.04, 0.6	0.4** (0.13)	2.98	0.12, 0.64
Risk	-0.48** (0.16)	-2.94	-0.8, -0.15	-0.3 (0.15)	-1.54	-0.55, 0.07

^aNegative binomial regression.

^bPoisson regression.

^cModels were adjusted for age, gender, work and psychological status.

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Puntuación de depresión

La razón de verosimilitud para el modelo ajustado fue $X^2 [8] = 16,02$, $p < 0,05$. La desprotección ($TIR = 1,06$; $p < 0,05$) y la preocupación ($TIR = 1,04$; $p < 0,05$) al inicio del estudio se relacionaron con puntuaciones de depresión más altas a los 6 meses, mientras que la asociación entre el riesgo ($TIR = 0,99$; $p > 0,05$) y las puntuaciones de depresión no fue significativa.

Puntuación de ansiedad

La razón de verosimilitud para el modelo ajustado fue $X^2 [8] = 52,6$, $p < 0,001$. La desprotección ($TIR = 1,06$; $p < 0,001$) y la preocupación ($TIR = 1,04$; $p < 0,001$) se asociaron con puntuaciones de ansiedad más altas a lo largo del tiempo, mientras que el riesgo ($TIR = 0,96$; $p < 0,01$) se relacionó con la disminución posterior de las puntuaciones de ansiedad.

Puntuación de burnout

El modelo ajustado fue significativo ($F [8, 96] = 2,9$, $p = 0,006$). La desprotección ($b = 0,54$, $p < 0,05$) y la preocupación ($b = 0,31$, $p < 0,05$) se relacionaron con puntuaciones más altas, mientras que el riesgo ($b = -0,48$, $p < 0,01$) se asoció con puntuaciones de burnout más bajas.

Estrés traumático secundario

El modelo ajustado fue significativo ($F [8, 96] = 3,44$, $p = 0,001$). Las asociaciones de desprotección ($b = 0,33$, $p > 0,05$) y riesgo ($b = -0,3$, $p > 0,05$) con las puntuaciones de STS no fueron significativas. Sin embargo,

hubo una asociación positiva entre la preocupación ($b = 0,4$, $p < 0,01$) y las puntuaciones STS posteriores.

Resultados cualitativos: Descripción de la muestra del estudio y temas emergentes

Veinte participantes realizaron una entrevista cualitativa (85% mujeres; edad media = 40,55; 35% de médicos, 35% de enfermeras, 30% de farmacéuticos). La mayor prevalencia femenina es coherente con el mayor número de trabajadores sanitarios no médicos en esta submuestra (Ej: 53,8% de mujeres entre los médicos; 88% de mujeres entre el resto del personal sanitario). Surgieron cuatro temas principales en relación con la experiencia vivida y la percepción del riesgo de los PS ante la pandemia de COVID-19. El marco temático surgido a través del análisis temático se muestra en la Tabla 4.

TABLE 4 | Thematic Framework Highlighting the Major Themes and Subthemes (Risk perception related to COVID-19 and future affective responses among healthcare workers in Switzerland: A mixed-methods longitudinal study; Switzerland, 2022).

Major themes and subthemes summarizing HCWs' lived experiences regarding risk perception related to COVID-19 and affective responses during the first wave

Theme 1: Life was turned upside down

Sub-themes

- Major changes in daily activities
- Ambivalent feelings towards their profession
- In a never-ending crisis process
- A sacrificial stance

Theme 2: Skills were put in quarantine

Sub-themes

- Confrontation with various limits
- A sense of lack of choice

Theme 3: Dealing with patient discomfort

Sub-themes

- Facing patients' panic
- Healthcare workers' anxiety

Theme 4: Balance to be found between protection and restrictions

Sub-themes

- Reassurance regarding protective measures
- Frustration towards protective measures
- Fear of infecting others
- A need for direct contacts

La vida se puso patas arriba

Cambios importantes en las actividades cotidianas

Los participantes señalaron la fuerte sensación de que las actividades cotidianas se habían modificado por completo durante las primeras semanas de la pandemia. Por lo general, decían que “todo era diferente” y que tenían la sensación de practicar “una medicina diferente”. En su vida privada, surgió una nueva complejidad, que provocó fuertes sentimientos de incertidumbre. Describieron que “tuvieron que reorganizarlo todo”: “Nos las arreglábamos como podíamos; ...Tuvimos que organizarnos de forma completamente diferente... Teletrabajaba por la mañana, dormía un poco más por la mañana, comía delante del ordenador...”.

Sentimientos ambivalentes hacia su profesión

Ser PS durante la pandemia provocó un senti-

miento de valorización, así como una presión social. Esto se reflejaba en la actitud ambigua de los familiares de los participantes: “Nos hacían muchas preguntas; y luego, cuando no lo sabíamos, empezaban a transformarse... al principio, veía lo asustados que estaban mis padres diciendo: “¿Pero te lavaste bien las manos cuando llegaste?”. En ciertas ocasiones, los PS tenían la impresión de ser “vistos como unos pestilentes”. Se observó una impresión general de haber sido “empujados fuera de la zona de confort”.

En un proceso de crisis interminable

Además, la multitud de información y directrices en constante cambio les dificultaba mantenerse al día, lo que les provocaba la sensación de estar “atrapados en un proceso de crisis” que

nunca terminaba. Mencionaron experimentar la presencia continua de una “espada de Damocles”, anticipándose a verse desbordados por la situación: “Estábamos viendo las imágenes de China con los cuidadores que lloraban por las esquinas y tenían sus ataques de ansiedad en la habitación... Yo pensaba: “¡Ay!”. I ... Realmente no quiero entrar ahí, estaba aterrorizado...”.

Una postura sacrificial

Ante esta situación, los participantes describieron haber desplegado múltiples recursos surgiendo una postura “salvadora”, con un sacrificio de sus “necesidades básicas” para aportar su ayuda durante una situación excepcional: “Fui una especie de alguien que entró... no para salvar la situación pero, ¡casi!”.

Las habilidades que se ponen en cuarentena

Enfrentarse a diversos límites

Los participantes mencionaron que se enfrentaron a diversas carencias, enfrentándose a sus propios límites profesionales (es decir, falta de conocimientos, preparación y experiencia para afrontar la situación) y no pudiendo desplegar sus habilidades habituales. Se observaron sentimientos de impotencia y de estar “fuera de lugar”, con la esperanza de “hacer lo correcto” (por ejemplo, “creo que había mucha ansiedad y miedo al principio, ante lo desconocido”). Al mismo tiempo, los participantes subrayaron que sus superiores y toda la institución no podían prever esta situación. La falta de equipos de

protección o de teletrabajo, la falta de tiempo para organizarse, la falta de medicamentos, de información clara y de comunicación ajustada a sus necesidades fueron experimentadas, provocando sentimientos de inseguridad y vaguedad: “La jerarquía, ..., saben que nos van a faltar mascarillas, nos van a faltar batas, nos van a faltar respiradores... y tratan de fincar soluciones..., hacen lo que pueden”.

Sensación de falta de elección

Se evocó una sensación desestabilizadora de “no tener elección”, los PS describieron tener que priorizar las actividades COVID-19, hacer consultas o trabajar horas extras. Sobre todo, temían verse desbordados:

Realmente me veía quedándome sin... sin cuidadores, sin equipo. Y este tipo de planteamiento me estresaba: así que, en el trabajo, no quería experimentar esto, vivir esto... este creciente número de pacientes...

Afrontar el malestar de los pacientes

Afrontar el pánico de los pacientes

Describieron que sus pacientes estaban preocupados por un posible riesgo de contaminación, pero también por la evolución de la pandemia y, más globalmente, por su situación socioprofesional, sintiéndose por momentos “ultrapanicados”. Los PS tuvieron que proporcionar a la vez evaluación médica y tranquilidad, haciendo “mucho apoyo psiquiátrico”: “Cuando había mucha incertidumbre y la gente estaba psicológicamente angustiada, era una gran carga de trabajo; en relación sobre todo con los

casos psiquiátricos... en realidad, para la salud mental”.

Ansiedad del personal sanitario

Los propios participantes se enfrentaron a múltiples dificultades que afectaban a su capacidad para ofrecer la atención habitual, circunstancias que hacían su tarea aún más compleja: “Tener que responder a su ansiedad mientras yo mismo estaba ansioso, y además constantemente en este estado de incertidumbre, era realmente difícil...”. Además, el hecho de que la mayoría de las entrevistas tuvieran lugar a distancia, pero también la cancelación de los seguimientos organizados, fueron algunos de los factores que pusieron en dificultad la relación terapéutica.

Equilibrio entre protección y restricciones

Tranquilidad respecto a las medidas de protección

Una vez que el equipo estuvo disponible y se aplicaron las medidas de protección, los participantes afirmaron sentirse bien protegidos. Los “gestos de barrera” pasaron a formar parte de su rutina, lo que redujo su sensación de miedo y ansiedad en su entorno laboral.

Frustración hacia las medidas de protección

Al mismo tiempo, surgieron sentimientos de frustración, especialmente en relación con la falta de pausas de trabajo, discusiones en grupo y contacto directo. En la vida privada describieron que era difícil encontrar un equilibrio entre

asumir riesgos y protegerse, lo que provocaba un estrés continuo.

Miedo a contagiar a otros

Por un lado, se destacó el miedo a infectarse, pero sobre todo a infectar a familiares o personas de riesgo. También pensaban en el riesgo de sobrecargar al sistema sanitario o a su propio equipo, si se contaminaban. Se expresó una fuerte necesidad de evitar sentirse culpable: “Me preocupaba más contagiar a otras personas que enfermaran por mi culpa...”.

Necesidad de contactos directos

Por otro lado, describieron que las restricciones eran difíciles de soportar. Surgió la necesidad de estar en contacto con familiares y compañeros, la distancia relacional forzada y la falta de vida social no se toleraban fácilmente. Por lo tanto, se expresó la experiencia de un ambiente tenso, los participantes tenían la sensación de que era imposible seguir siempre las medidas prescritas: “Hay que parar esta psicosis... no íbamos a restaurantes, no salíamos, no veíamos a nadie...”. Describieron que tenían que navegar continuamente entre los sentimientos de frustración por las restricciones y el miedo a la contaminación aliviado por esas mismas restricciones.



DISCUSIÓN

Hasta donde sabemos, éste es el primer estudio longitudinal de métodos mixtos que investiga la asociación entre la percepción del riesgo relacionado con la COVID-19 y las respuestas afectivas de los trabajadores sanitarios. Los hallazgos cuantitativos indicaron que los niveles más altos de preocupación por contaminar a otros estaban relacionados con puntuaciones más altas de depresión, ansiedad y STS a lo largo del tiempo, mientras que se encontró la misma asociación para la puntuación de burnout sólo para los participantes de primera línea. Se revelaron asociaciones positivas entre las percepciones de falta de protección y la puntuación de ansiedad futura, mientras que se encontró la misma relación para las puntuaciones de depresión y agotamiento sólo entre los participantes de primera línea. Por último, de forma inesperada, los niveles más altos de percepción de riesgo de contraer COVID-19 se asociaron con la disminución de los niveles de ansiedad y agotamiento a lo largo del tiempo entre los participantes de primera línea.

En cuanto a los hallazgos cualitativos, al principio, los participantes indicaron que tanto su vida profesional como privada “estaban patas arriba”. Se enfrentaban a cambios continuos y rápidos, encontrándose en un proceso de crisis interminable, que provocaba una postura sacrificial, al tiempo que se enfrentaban a carencias y sentían que sus “habilidades profesionales habituales se ponían en cuarentena.” “Tratar con el malestar de los pacientes” también supuso un reto, reforzado por la ansiedad de los

participantes, las dificultades profesionales y la falta de contacto directo con sus pacientes. Una vez aplicadas las medidas de protección y establecida cierta sensación de seguridad, surgieron sentimientos de frustración y hubo que “encontrar un nuevo equilibrio entre protección y restricciones.” En consonancia con investigaciones anteriores, la preocupación por infectarse y contaminar a los demás fueron cuestiones centrales para los PS [18, 19, 25]. Nuestros resultados se suman a la bibliografía al demostrar que los niveles más altos de preocupación se asociaron con puntuaciones posteriores más altas de depresión, ansiedad y STS [34]. Estas asociaciones surgieron con la sensación de los PS de no tener otra opción que dar prioridad a las actividades COVID-19, al tiempo que tenían escasos conocimientos sobre el impacto de una posible infección y la sensación de que sus familiares tenían una actitud ambigua hacia ellos [35]. Estos retos pueden haber provocado conflictos internos entre la devoción de los PS por su trabajo [36] y el deseo de proteger a sus seres queridos [34], lo que puede dar lugar a reacciones afectivas negativas a lo largo del tiempo [16].

Estos conflictos podrían ampliarse entre los trabajadores de primera línea, de los que se sabe que tienen mayores tasas de respuestas afectivas que los PS que no están en primera línea [6-8, 13]. De forma coherente, descubrimos que los niveles más altos de preocupación y las percepciones de desprotección se asociaban con puntuaciones más altas de burnout a lo largo del tiempo entre los PS de primera línea. Los participantes afirmaron que se encontraban en

un proceso de crisis constante, trabajando horas extras, con múltiples cambios en su contexto laboral, una situación descrita como insegura y abrumadora [24, 36, 37]. También evocaron una tendencia a adoptar una postura “salvadora”, sacrificando sus “necesidades básicas”, lo que podría socavar su salud en el trabajo.

Contrariamente a los hallazgos anteriores que mostraban asociaciones positivas de la percepción de contraer la COVID-19 con síntomas de ansiedad y agotamiento [2, 3, 9, 20, 21, 23], nuestros hallazgos indicaron que la percepción de riesgo de contraer la COVID-19 se asoció con una disminución de los niveles de ansiedad y agotamiento en los PS de primera línea a lo largo del tiempo. Nuestros hallazgos son congruentes con recientes investigaciones longitudinales centradas en las respuestas afectivas que revelaron evoluciones positivas a lo largo del tiempo [16]. Es posible que los PS de primera línea se enfrentaran a la incertidumbre al principio del brote debido a la falta de conocimientos y a las deficiencias de los equipos de protección, todo lo cual mejoró al cabo de 6 meses. Podemos plantear la hipótesis de que, al enfrentarse a esta situación extrema, adquirieron conocimientos y experiencia, ajustaron progresivamente su percepción del riesgo, adoptaron la protección necesaria y, en última instancia, se sintieron más seguros [36]. Es posible que dicha experiencia, junto con las organizaciones institucionales, les hiciera sentirse aliviados de la angustia relacionada con el trabajo, que surgió de nuestras indagaciones cualitativas

y también se evocó en la bibliografía existente [7]. También podríamos imaginar que los PS de primera línea podían manejar más fácilmente la ambivalencia entre la asunción de riesgos y la autoprotección [38] una vez que salían de las crisis agudas [35]. Por tanto, una percepción ajustada del riesgo podría ser un elemento clave a tener en cuenta, que ayudaría a encontrar un equilibrio entre la necesidad de establecer un entorno seguro y los sentimientos de frustración por las restricciones.

Nuestro estudio arroja más luz sobre las múltiples asociaciones entre la percepción del riesgo relacionada con el COVID-19 y las respuestas afectivas entre los PS. Las partes interesadas y los profesionales de la salud mental están llamados a proporcionar a los PS intervenciones para tratar sus reacciones afectivas emergentes, teniendo en cuenta sus preocupaciones y ambivalencias internas. A medida que la pandemia continúe, deben ofrecerse intervenciones individuales y estructurales adaptadas [36], como sesiones de debate en grupo o individuales, que promuevan el apoyo mutuo entre los PS y contrarresten el aislamiento social [37].

La principal limitación de este estudio tiene que ver con la especificidad del sistema sanitario local, lo que limita la generalizabilidad de nuestros hallazgos a los sistemas sanitarios de otros países, aunque el sistema sanitario suizo se vio gravemente afectado, al igual que la mayoría de los sistemas sanitarios de todo el mundo [34]. También puede existir un sesgo de muestreo, ya que los PS que respondieron a la encuesta pueden diferir de los que no lo hicieron, aun-

que nos aseguramos de que estuvieran representadas todas las profesiones de la institución. Por último, el hecho de que el 75% de los participantes se identificaran como mujeres podría representar un sesgo, aunque esta prevalencia era cercana a la de la institución de origen (es decir, 69%) y coherente con las descritas en estudios anteriores [8].

Este estudio aumenta nuestro conocimiento de las asociaciones entre la percepción del riesgo y las respuestas afectivas de los PS a lo largo del tiempo. Combinados e interpretados con nuestras indagaciones cualitativas, los resultados subrayan la importancia de desarrollar intervenciones de apoyo individual y estructural para optimizar la percepción del riesgo y minimizar el desarrollo de respuestas afectivas a lo largo del tiempo entre los PS.

DECLARACIÓN ÉTICA

Ético de Investigación Humana del Cantón de Vaud (CER-VD, 2020-00967). Los participantes dieron su consentimiento informado por escrito para participar en este estudio. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de la(s) persona(s) para la publicación de cualquier imagen o dato potencialmente identificable incluido en este artículo.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

VG concibió el estudio y su diseño, realizó partes de la evaluación cualitativa, realizó los análisis estadísticos, ayudó a realizar los análisis

cualitativos y redactó las secciones de introducción, métodos y resultados cuantitativos del manuscrito. KT ayudó a concebir el estudio y su diseño, realizó partes de la evaluación cualitativa, llevó a cabo el análisis cualitativo y redactó los resultados cualitativos y las secciones de discusión del manuscrito. JB ayudó a concebir el estudio y su diseño, realizó partes de la evaluación cualitativa, editó y revisó críticamente el manuscrito. MG llevó a cabo la revisión bibliográfica, realizó partes del análisis cualitativo, editó y revisó críticamente el manuscrito. ES realizó partes del análisis cualitativo, editó y revisó críticamente el manuscrito. IP coordinó el estudio, editó y revisó críticamente el manuscrito. BF, JZ, IK, y RM-V ayudó a concebir el estudio y su diseño, editado y revisado críticamente el manuscrito. PB concibe el estudio, editado y revisado críticamente el manuscrito. Todos los autores leyeron y aprobaron el manuscrito.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que la investigación se llevó a cabo en ausencia de relaciones comerciales o financieras que pudieran interpretarse como un posible conflicto de intereses.

AGRADECIMIENTO

Los autores agradecen a todos los profesionales sanitarios que dedicaron su tiempo a completar las evaluaciones y participar en las entrevistas semiestructuradas. También agradecen a Nuno Miranda su ayuda en la transcripción de las entrevistas semiestructuradas.

MATERIAL SUPLEMENTARIO

El material complementario de este artículo puede consultarse en línea en: <https://www.ssph-journal.org/articles/10.3389/ijph.2022.1604517/full#supplementary-material>

REFERENCES

1. WHO. Coronavirus Disease (COVID-19) Situation Report—171 (2020). Available from <https://covid19.who.int/> (Accessed May 10, 2022).
2. Yin Q, Chen A, Song X, Deng G, Dong W. Risk Perception and PTSD Symptoms of Medical Staff Combating against COVID-19: A PLS Structural Equation Model. *Front Psychiatry* (2021) 12:607612. doi:10.3389/fpsy.2021.607612
3. Yildirim M, Arslan G, Ozaslan A. Perceived Risk and Mental Health Problems Among Healthcare Professionals during COVID-19 Pandemic: Exploring the Mediating Effects of Resilience and Coronavirus Fear. *Int J Ment Health Addict* (2020) 20:1035–45. doi:10.1007/s11469-020-00424-8
4. Maslach C, Jackson SE. The Measurement of Experienced Burnout. *J Organ Behav* (1981) 2:99–113. doi:10.1002/job.4030020205
5. Figley CR. Catastrophes: An Overview of Family Reactions. In: Brunner M, editor. *Stress and the Family*. New York, USA (1983). p. 3–20.
6. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of Depression, Anxiety, and Insomnia Among Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Brain Behav Immun* (2020) 88:901–7. doi:10.1016/j.bbi.2020.05.026
7. Shreffler J, Petrey J, Huecker M. The Impact of COVID-19 on Healthcare Worker Wellness: A Scoping Review. *West J Emerg Med* (2020) 21(5):1059–66. doi:10.5811/westjem.2020.7.48684
8. Vizheh M, Qorbani M, Arzaghi SM, Muhidin S, Javanmard Z, Esmaeili M. The Mental Health of Healthcare Workers in the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *J Diabetes Metab Disord* (2020) 19:1967–78. doi:10.1007/s40200-020-00643-9
9. Lasalvia A, Amaddeo F, Porru S, Carta A, Tardivo S, Bovo C, et al. Levels of Burn-Out Among Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic and Their Associated Factors: a Cross-Sectional Study in a Tertiary Hospital of a Highly Burdened Area of north-east Italy. *BMJ Open* (2021) 11(1):e045127. doi:10.1136/bmjopen-2020-045127
10. Orru G, Marzetti F, Conversano C, Vagheggini G, Miccoli M, Ciacchini R, et al. Secondary Traumatic Stress and Burnout in Healthcare Workers during COVID-19 Outbreak. *Int J Environ Res Public Health* (2021) 18(1):E337. doi:10.3390/ijerph18010337
11. Hu D, Kong Y, Li W, Han Q, Zhang X, Zhu LX, et al. Frontline Nurses' Burnout, Anxiety, Depression, and Fear Statuses and Their Associated Factors during the COVID-19 Outbreak in Wuhan, China: A Large-Scale Cross-Sectional Study. *EClinicalMedicine* (2020) 24:100424. doi:10.1016/j.eclinm.2020.100424
12. Magnavita N, Chirico F, Garbarino S, Bragazzi NL, Santacroce E, Zaffina S, et al. Association of Occupational Distress and Low Sleep Quality with Syncope, Presyncope, and Falls in Workers. *Int J Environ Res Public Health* (2021) 18(8):12283. doi:10.3390/ijerph182312283
13. Gorini A, Fiabane E, Sommaruga M, Barbieri S, Sottotetti F, La Rovere MT, et al. Mental Health and Risk Perception Among Italian Healthcare Workers during the Second Month of the Covid-19 Pandemic. *Arch Psychiatr Nurs* (2020) 34(6):537–44. doi:10.1016/j.apnu.2020.10.007
14. Magnavita N, Tripepi G, Di Prinzio RR. Symptoms in Health Care Workers during the COVID-19 Epidemic. A Cross-Sectional Survey. *Int J Environ Res Public Health* (2020) 17(14):E5218. doi:10.3390/ijerph17145218
15. Magnavita N, Soave PM, Ricciardi W, Antonelli M. Occupational Stress and Mental Health Among Anesthetists during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health* (2020) 17(21):E8245. doi:10.3390/ijerph17218245
16. Magnavita N, Soave PM, Antonelli M. A One-Year Prospective Study of Work-Related Mental Health in the Intensivists of a COVID-19 Hub Hospital. *Int J Environ Res Public Health* (2021) 18(18):9888. doi:10.3390/ijerph18189888
17. Vohra S. Risk Perception and Communication 2003.
18. Puci MV, Nosari G, Loi F, Puci GV, Montomoli C, Ferraro OE. Risk Perception and Worries Among Health Care Workers in the COVID-19 Pandemic: Findings from an Italian Survey. *Healthcare (Basel)* (2020) 8(4):E535. doi:10.3390/healthcare8040535

19. Riguzzi M, Gashi S. Lessons from the First Wave of COVID-19: Work-Related Consequences, Clinical Knowledge, Emotional Distress, and Safety-Conscious Behavior in Healthcare Workers in Switzerland. *Front Psychol* (2021) 12: 628033. doi:10.3389/fpsyg.2021.628033
20. Finell E, Vainio A. The Combined Effect of Perceived COVID-19 Infection Risk at Work and Identification with Work Community with Psychosocial Wellbeing Among Finnish Social Sector and Health Care Workers. *Int J Environ Res Public Health* (2020) 17(20):E7623. doi:10.3390/ijerph17207623
21. Abed Alah M, Ali K, Abdeen S, Al-Jayyousi G, Kasem H, Poolakundan F, et al. The Psychological Impact of COVID-19 on Health Care Workers Working in a Unique Environment under the Umbrella of Qatar Red Crescent Society. *Heliyon* (2021) 7(6):e07236. doi:10.1016/j.heliyon.2021.e07236
22. Gasparro R, Scandurra C, Maldonato NM, Dolce P, Bochicchio V, Valletta A, et al. Perceived Job Insecurity and Depressive Symptoms Among Italian Dentists: The Moderating Role of Fear of COVID-19. *Int J Environ Res Public Health* (2020) 17(15):E5338. doi:10.3390/ijerph17155338
23. Lam SC, Arora T, Grey I, Suen LKP, Huang EY, Li D, et al. Perceived Risk and Protection from Infection and Depressive Symptoms Among Healthcare Workers in Mainland China and Hong Kong during COVID-19. *Front Psychiatry* (2020) 11:686. doi:10.3389/fpsyt.2020.00686
24. Al Ghafri T, Al Ajmi F, Anwar H, Al Balushi L, Al Balushi Z, Al Fahdi F, et al. The Experiences and Perceptions of Health-Care Workers during the COVID- 19 Pandemic in Muscat, Oman: A Qualitative Study. *J Prim Care Community Health* (2020) 11:2150132720967514. doi:10.1177/2150132720967514
25. Arnetz JE, Goetz CM, Arnetz BB, Arble E. Nurse Reports of Stressful Situations during the COVID-19 Pandemic: Qualitative Analysis of Survey Responses. *Int J Environ Res Public Health* (2020) 17(21):E8126. doi:10.3390/ijerph17218126
26. Sridhar S, Brouqui P, Fontaine J, Perivier I, Ruscassier P, Gautret P, et al. Risk Perceptions of MSF Healthcare Workers on the Recent Ebola Epidemic in West Africa. *New Microbes New Infect* (2016) 12:61–8. doi:10.1016/j.nmni. 2016.04.010
27. Rush AJ, Trivedi MH, Ibrahim HM, Carmody TJ, Arnow B, Klein DN, et al. The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), Clinician Rating (QIDS-C), and Self-Report (QIDS-SR): a Psychometric Evaluation in Patients with Chronic Major Depression. *Biol Psychiatry* (2003) 54(5):573–83. doi:10.1016/s0006-3223(02)01866-8
28. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Lowe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* (2006) 166(10): 1092–7. doi:10.1001/archinte.166.10.1092
29. Geoffrion S, Lamothe J, Morizot J, Giguere CE. Construct Validity of the Professional Quality of Life (ProQoL) Scale in a Sample of Child Protection Workers. *J Trauma Stress* (2019) 32(4):566–76. doi:10.1002/jts.22410
30. Luan R, Pu W, Dai L, Yang R, Wang P. Comparison of Psychological Stress Levels and Associated Factors Among Healthcare Workers, Frontline Workers, and the General Public during the Novel Coronavirus Pandemic. *Front Psychiatry* (2020) 11:583971. doi:10.3389/fpsyt.2020.583971
31. Boyatzis R. *Transforming Qualitative Information: Thematic Analysis and Code Development*. Thousand Oaks, London & New Delhi: SAGE Publications (1998).
32. Braun V, Clarke V. Using Thematic Analysis in Psychology. *Qual Res Psychol* (2006) 3(2):77–101. doi:10.1191/1478088706qp0630a
33. Malterud k. *Qualitative Research: Standards, Challenges, and Guidelines*. *Lancet* (2001) 358:483–8. doi:10.1016/S0140-6736(01)05627-6
34. Cag Y, Erdem H, Gormez A, Ankarali H, Hargreaves S, Ferreira-Coimbra J, et al. Anxiety Among Front-Line Health-Care Workers Supporting Patients with COVID-19: A Global Survey. *Gen Hosp Psychiatry* (2021) 68:90–6. doi:10. 1016/j.genhosppsy.2020.12.010
35. Grailey K, Lound A, Brett S. Lived Experiences of Healthcare Workers on the Front Line during the COVID-19 Pandemic: a Qualitative Interview Study. *BMJ Open* (2021) 11(12):e053680. doi:10.1136/bmjopen-2021- 053680
36. Sterling MR, Tseng E, Poon A, Cho J, Avgar AC, Kern LM, et al. Experiences of Home Health Care Workers in New York City during the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A Qualitative Analysis. *JAMA Intern Med* (2020) 180(11): 1453–9. doi:10.1001/jamainternmed.2020.3930
37. Olateju Z, Olufunlayo T, MacArthur C, Leung C, Taylor B. Community Health Workers Experiences and Perceptions of Working during the COVID-19 Pandemic in Lagos, Nigeria-A Qualitative Study. *PLoS One* (2022) 17(3): e0265092. doi:10.1371/journal.pone.0265092
38. Markkanen P, Brouillette N, Quinn M, Galligan C, Sama S, Lindberg J, et al. "It Changed Everything": The Safe Home Care Qualitative Study of the COVID- 19 Pandemic's Impact on home Care Aides, Clients, and Managers. *BMC Health Serv Res* (2021) 21(1):1055. doi:10.1186/s12913-021-07076-x



Comprometidos con la iniciativa nos acompañan



**Pan American
ENERGY**



www.observatoriosocial.com.ar