

Estudio cualitativo sobre necesidades psicosociales en personal sanitario hospitalario durante la emergencia sanitaria por coronavirus

Qualitative study on psychosocial needs in hospital health personnel during the coronavirus health emergency



Raquel Melero Lerma
(España)

Licenciada en Medicina por la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid (2017). Especialista en Psiquiatría vía MIR (Complejo Asistencial Universitario de Palencia, 2022). Máster en Psicoterapia, perspectiva integradora: estudios propios Universidad de Alcalá de Henares (2022). Afiliación: Sanidad de Castilla y León (Sacyl), España.

rmelero@ gmail.com



Enrique Negueruela
Azarola (Spain)

Licenciado en Medicina y cirugía, Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid (1997). Especialista en Psiquiatría vía MIR (Hospital General Yagüe, Burgos, 2003). Master: Psicoterapia Perspectiva Integradora: estudios propios Universidad Alcalá de Henares (2006); Psicoterapia de grupo y psicodrama: Instituto de técnicas de grupo y psicodrama, Madrid (2009). Afiliación: Complejo Asistencial Universitario de Palencia, España.

quienegueruela@ gmail.com

Resumen

La emergencia sanitaria por SARS-CoV19 ha tenido un gran impacto sobre la capacidad asistencial de los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud. Se presupone un impacto sobre la salud mental de los trabajadores que no ha sido determinado con claridad. Se realiza un estudio cualitativo mediante técnica de entrevista con el que se pretende comprender hasta qué punto ha sido afectada la salud mental de los profesionales, seleccionando personal de distintas categorías y unidades de un hospital de titularidad pública de Área Sanitaria, estudiándose las narrativas y destacando 6 temas: enfermedad, situación asistencial, figura del sanitario, relaciones laborales con compañeros, relaciones con la institución y relaciones personales. Se encuentran en cada uno narrativas específicas relacionadas con el impacto de la COVID sobre la salud mental de los profesionales. Se hace necesario determinar el impacto sobre su labor asistencial y encontrar propuestas de intervención psicosocial que alivien o protejan y fortalezcan la resiliencia.

Palabras clave

coronavirus, sobrecarga emocional, relaciones interpersonales, profesionales, resiliencia.

Abstract

The SARS-CoV19 health emergency has had a great impact on the care capacity of public hospitals in the National Health System. An impact on the mental health of workers that has not been clearly determined is assumed. A qualitative study is carried out using an interview technique with which it is intended to understand to what extent the mental health of professionals has been affected, selecting personnel from different categories and units of a publicly owned hospital of the Sanitary Area, studying the narratives and highlighting 6 topics: illness, care situation, figure of the health worker, labor relations with colleagues, relations with the institution and personal relations. Specific narratives related to the impact of COVID on the mental health of professionals are found in each one. It is necessary to determine the impact on their care work and find proposals for psychosocial intervention that alleviate or protect and strengthen resilience.

Key words

coronavirus, emotional overload, interpersonal relationships, professionals, resilience.

INTRODUCCIÓN

La crisis sanitaria por la infección por el nuevo coronavirus que ha afectado a nuestra sociedad está suponiendo una serie de cambios y retos para los profesionales sanitarios. Además, a esto se suman el contexto social, la instauración del Estado de Alarma y el contexto personal de cada uno. Muchos profesionales han visto sobrecargada su actividad asistencial. Otros tantos se han visto obligados a realizar actividad asistencial fuera de su especialidad o campo de trabajo habitual. Existe riesgo de contagio, propio y a los familiares o convivientes, además de haber existido escasez en los medios de protección.

Las distintas narrativas sociales que han surgido a raíz de estos acontecimientos pueden también influir en el afrontamiento de esta situación: “heroísmo”, “lucha”, “guerra contra el covid”.

Hemos visto cómo en nuestra sociedad han surgido iniciativas que fomentan la cohesión social y el apoyo emocional comunitario (aplauzo sanitario, reuniones vecinales desde las ventanas, etc.). Pero, ¿qué ha pasado en los hospitales?

Todos estos cambios sociales, sanitarios, asistenciales, organizativos, interpersonales y psicológicos suponen una fuente de estrés y una dificultad añadida a la tarea diaria de los sanitarios. Pero, ¿cómo afecta todo esto al personal sanitario? ¿A qué desafíos se enfrentan? ¿Qué dificultades están teniendo en lo psicológico?

Acerca del impacto que ha tenido la pandemia en el personal sanitario se han hecho estudios en diferentes países. En el Hospital Universitario de Augsburgo (Alemania) se realizó un estudio entre marzo y abril de 2020 para valorar la carga psicosocial en médicos y enfermeras en función de su grado de contacto con pacientes con covid-19, concluyendo que la pandemia ha supuesto un evento emocional y físicamente estresante, especialmente para el gremio de enfermería, donde se detectó mayor estrés general percibido en el trabajo junto a síntomas depresivos en comparación con colegas de plantas normales y se encontró que uno de los recursos al que más importancia se daba para hacer frente a la carga psicológica durante esta situación era el apoyo social. La mayoría de participantes señalaron la importancia de la familia y los amigos, así como el tiempo de ocio, como factores de resiliencia, además del apoyo psicosocial en el trabajo. (Zerbini, Ebigbo, Reicherts, Kunz & Messman. 2020)

En un artículo realizado en Corea del Sur se describen las actividades realizadas para proporcionar apoyo psicosocial por parte de un equipo multidisciplinar especializado en trauma y catástrofes durante el inicio de la pandemia, señalando que dicha experiencia reforzó las redes internas de los profesionales de salud mental y que contribuyó al crecimiento profesional de sus miembros. Se realizó una valoración de necesidades para poder elaborar contenidos sobre atención psicosocial. Se valora en el artículo la importancia, no solo del control y prevención de la infección, sino también de la atención psicosocial y destacan la colaboración público-privada durante el brote. (Hyun et al. 2020)

Otra experiencia en Bogotá (Colombia) sobre intervención psicosocial durante el primer año de pandemia mediante

grupos de apoyo por pares e intervenciones individuales incide en la importancia de este tipo de intervenciones como prevención del estrés psicológico que puede suponer para los profesionales de la salud una situación de pandemia como la vivida con la covid-19. (Lugo, Miguel Uribe Restrepo, Álvarez, Trejos & Gómez-Chiappe. 2021).

RESILIENCIA

La palabra resiliencia procede del latín, del término “resilio” que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar o rebotar. Son muchos los autores que han hablado sobre la resiliencia. (Piaggio, Ana María Rodríguez. 2009).

Se la ha definido como “*un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana en un medio insano [...]. Se trata de un proceso que caracteriza un complejo sistema social en un momento determinado del tiempo*”. (Rutter. 1992)

Para el psiquiatra Boris Cyrulnick “*con cabos de lana biológicos, afectivos, psicológicos y sociales, pasamos nuestra vida tejiéndonos a nosotros mismos*”. (Cyrulnick. 2009)

Se estructuraría en torno a tres pilares: lo que yo tengo (*apoyo externo*), lo que yo soy (*fuerza interior*) y lo que yo puedo (*capacidades interpersonales y de resolución de conflictos*). (Henderson. 2006)

La resiliencia acaba siendo considerada la consecuencia de un entretenerse de tres factores principales: los recursos internos, el significado que atribuimos a la herida psicológica y, sobre todo, la capacidad del entorno de proveer de un adecuado sostén social y unos elementos culturales que fortalezcan al sujeto.

EL TRAUMA PSICOSOCIAL

Cuando hablamos de trauma psicosocial nos referimos a herida social. Para hablar de trauma psicosocial hay que tener en cuenta dos aspectos, según Martín Baró (1988):

Que la herida que afecta a las personas ha sido producida socialmente, es decir, que sus raíces no se encuentran en el individuo sino en su sociedad y que su misma naturaleza se alimenta y mantiene en la relación entre el individuo y la sociedad a través de diversas mediaciones institucionales, grupales e incluso individuales, lo cual tiene obvias e importantes consecuencias a la hora de determinar qué debe hacerse para superar estos traumas. (p. 136)

Se habla en este caso de trauma psicosocial en contexto de situaciones de guerra y se entiende que la afectación

individual variará en función de la situación social e implicación particular en los procesos de guerra.

Así, las diversas formas de somatización constituyen el enraizamiento corporal de la polarización social. De esta forma tomarían forma en el cuerpo las experiencias de dicha polarización.

La mayor gravedad se alcanzaría cuando se transmite a través de los procesos de socialización la militarización psicosocial. En una situación de prolongación indefinida de la situación bélica se acaban normalizando las relaciones deshumanizantes que impactan de forma individual en forma de desgarramiento somático hasta la desestructuración mental, perdiendo así la propia identidad.

En situaciones como la descrita, resulta insuficiente una intervención psicoterapéutica individual o grupal, pues es necesario que se produzca un cambio significativo en las relaciones sociales estructurales tanto grupales como interpersonales.

LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

La intervención psicosocial se plantea la necesidad de un compromiso con los problemas comunitarios, de ubicar el problema en un contexto global, teniendo en cuenta el contexto socioeconómico y de entender a la comunidad como un recurso para la transformación de las condiciones existentes hasta el momento, para lo que será necesaria la participación activa social.

Sobre la realización de un estudio psicosocial

Para poder llevar a cabo una intervención psicosocial es preciso conocer a través de un estudio la situación dada que queramos estudiar. Las respuestas a estas y otras preguntas que nos hagamos deberían quedar plasmadas en algún documento, que no es otro que el que acompaña al proceso de negociación entre quienes se encargan del proyecto de intervención y quienes lo van a elaborar, entre la demanda y la oferta. A este tipo de documento lo denominamos anteproyecto. Así un plan puede subdividirse en programas, cada programa en proyectos, cada proyecto en actividades y cada actividad en tareas. Esta planificación tendrá por tanto como fin la realización tanto de un análisis de las necesidades, como la realización de una serie de intervenciones.

PROPUESTA

Por todo lo expuesto, hemos tratado de detectar necesidades psicológicas entre el personal sanitario que hayan podido surgir a raíz de esta crisis.

Fecha de realización: 13 – 20 de abril de 2020.

Objetivo:

Este estudio trata de recoger las experiencias del personal sanitario que ha estado en primera línea en la crisis sanitaria en un Hospital de titularidad pública de tamaño medio con el fin de explorar las preocupaciones del personal, detectar necesidades psicológicas y plantear posibles soluciones/intervenciones.

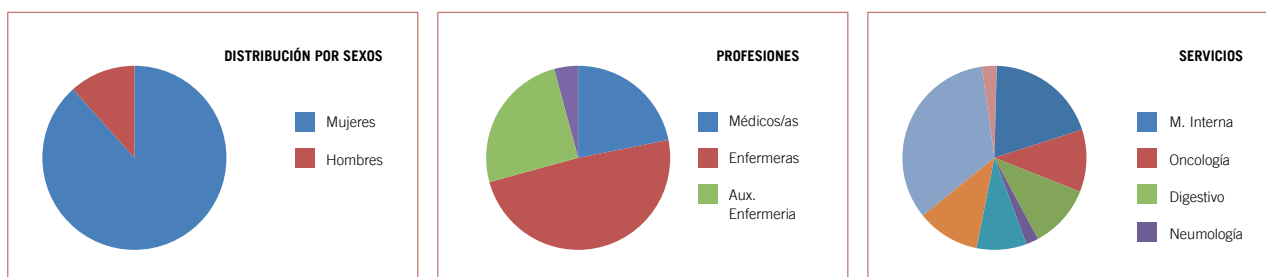
El Sistema Nacional de Salud en España se organiza en dos niveles asistenciales. El primer nivel corresponde a la Atención Primaria y la atención en este nivel se presta en los centros de salud. El segundo nivel corresponde a la Atención Especializada que se presta en centros de especialidades y hospitales, de manera ambulatoria o en régimen de ingreso, además de contar con los Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) en los que se presta la atención de patologías complejas, poco prevalentes o que requieren un alto nivel de especialización tecnológico y profesional.

En cuanto a la estructura hospitalaria, se clasifica en cinco niveles teniendo en cuenta la dotación, oferta de servicios, actividad, complejidad e intensidad docente. El hospital en el que se realiza este estudio corresponde a la categoría 3: hospitales de área, de tamaño medio en torno a 500 camas. Más de 50 médicos MIR y 269 médicos de promedio. Complejidad media.

Metodología:

Se realiza un estudio cualitativo mediante técnica de entrevista al personal sanitario en las distintas plantas de hospitalización, así como en la UCI. Se intenta entrevistar a personal de todas las categorías sanitarias, tanto hombres como mujeres, de distintas edades y con distinto grado de experiencia. Se circunscribe la muestra a aquellas personas que realizan tareas asistenciales, y más en concreto a aquellos servicios que se han visto afectados especialmente por la emergencia sanitaria CoV-19.

Se entrevistó a 45 profesionales, de los cuales 40 son mujeres y 5 hombres. En cuanto a las profesiones, se entrevistó a 10 médicos/as, 2 Médicas Internas Residentes, 22 enfermeras y 11 auxiliares de enfermería, pertenecientes a los servicios de medicina interna (9), oncología (5), digestivo (5), neumología (1), traumatología (4), urología (5), unidad de cuidados intensivos (15) y psiquiatría (1).



RESULTADOS OBTENIDOS:

TEMAS ABORDADOS

Relacionados con la enfermedad:

Desconocimiento de una enfermedad nueva, recepción de la información científica, protocolos (*“es imposible actualizarse diariamente, cada día hay nueva información y al principio casi cada día un protocolo nuevo”*) y falta de dominio sobre la enfermedad.

Sobre la situación asistencial:

Sobrecarga de trabajo (*“durante las guardias siento que estoy en alerta constantemente”*), prolongación en el tiempo de la situación, falta de recursos (*“ponemos tratamientos en función de la disponibilidad, no del criterio médico”*), mecanización del trabajo (*“nos hemos robotizado”*), trabajo realizado diferente al habitual por cambio de servicio o cambio de la patología que se atiende, reparto desigual de trabajo, desprotección del personal y miedo a la reincorporación post baja.

Sobre la figura del sanitario:

Responsabilidad, omnipotencia, aburrimiento, monotonía asistencial (*“esto es el día de la marmota”*, *“no hay estímulos a nivel profesional”*), falta de realización profesional, miedo al contagio (*“en este trabajo tratamos con enfermedades infecciosas y nunca antes me había preocupado tanto llevarme el bicho a casa”*), el contagio de compañeros, tratar a compañeros contagiados que precisan hospitalización, muerte de pacientes (*“el peor momento es el de fumigar al cadáver, eso me ha marcado”*), soledad y aplauso sanitario (*“ya me cansan los aplausos, soy la resistencia del Resistiré”*).

Sobre las relaciones laborales con los compañeros:

Conflictos interpersonales (*“la gente está tensa, el servicio está dividido”*), compañerismo, rechazo, estigma entre compañeros, disputas entre compañeros.

Sobre las relaciones con la institución:

Incertidumbre respecto a los contratos laborales, interrupción de la formación de residentes, falta de apoyo institucional, reparto desigual de las tareas (*“creo que ya no es necesario que todos los Servicios estemos haciendo turnos de Urgencias covid”*) y abuso de poder.

Sobre las relaciones personales:

Dificultad para la conciliación familiar, rechazo/ incomprensión en la vida privada, contagio de familiares y cansancio (*“la situación está pudiendo conmigo”*).

Algunos temas se repiten entre las experiencias de los sanitarios: miedo al contagio propio y de familiares, sobrecarga laboral, monotonía asistencial, cansancio, responsabilidad, omnipotencia, desigualdad, etc.

Las reacciones emocionales frente a estos conflictos abarcan la sobreimplicación emocional, el estado mantenido de alerta, una sobrecarga emocional, la hiperresponsabilidad, la sensación de descontrol, aumento de irritabilidad, miedo, vulnerabilidad, insomnio, agotamiento profesional, incertidumbre, desamparo, frustración, culpa, sentimientos de inseguridad y desesperanza, vulnerabilidad, fragilidad e indefensión, injusticia, sentimientos de incapacidad, frustración, rabia e incomprensión. Y finalmente falta de estímulo profesional y falta de realización profesional.

En relación a lo interpersonal: conflictos no resueltos y riesgo de enquistamiento, falta de apoyo institucional, responsabilidad no compartida, desigualdad en el reparto de trabajo, disputas entre compañeros, falta de recursos, con el consecuente sentimiento de impotencia, frustración, culpabilidad, falta de abordaje de los aspectos emocionales en los protocolos, saturación y cansancio por sobreinformación.

Y finalmente respecto a la familia: miedo al contagio propio y de los convivientes, miedo al contagio del personal, miedo al contagio de los familiares y rechazo por parte de los convivientes.

DISCUSIÓN

De la problemática y temas descritos surgen una serie de necesidades entre las que se encuentran la necesidad de estructurar el trabajo y la información, la necesidad de humanizar la asistencia, la necesidad de reequilibrar la relación con los compañeros, de normalizar. Y finalmente una necesidad de reconocimiento y apoyo por parte de la institución.

Es por ello que se plantea a partir de estas necesidades la conveniencia de elaborar una serie de propuestas generales, que se agrupan en dos categorías (organizativas y psicosociales). Las medidas organizativas propuestas se trasladan a los cargos intermedios y superiores para su valoración por quien corresponda. Las propuestas psicosociales y emocionales se desglosarán posteriormente en actividades concretas.

PROPUESTAS ORGANIZATIVAS

Mayor distribución de guardias o mejor reparto de tareas, recuperar sesiones clínicas del servicio de temática variada, potenciar la autoconfianza y protocolizar, dar autonomía, apoyo en toma de decisiones por pares/jefe de servicio/supervisor clínico, refuerzo de materiales de protección y protocolización de asepsia, reparto de turnos, dosificación de esfuerzo, mejora de las condiciones laborales, incentivos económicos, reconocimiento institucional, turnos interna/especialidad propia, normalización/reestructuración de las rotaciones de residentes, rotación entre medicina interna y medicina interna dedicada a covid, aumentar el personal, redistribución de turnos con más descansos, reducción progresiva de las tareas fuera del servicio, vuelta progresiva a la “nueva normalidad” hospitalaria, actualización semanal en equipo multidisciplinar (medicina interna y neumología) de novedades respecto a tratamientos y abordaje del paciente, refuerzo de materiales de protección y protocolización de asepsia, reconocer aspectos positivos de la emergencia, adecuar expectativas (bajo control sobre la evolución de los pacientes, algunas muertes no se pueden prevenir/evitar), minimizar la exposición del personal, formar a enfermería para que forme parte del apoyo emocional a los pacientes (videollamadas, valoración de necesidades, etc.), planificación y reparto de descansos, realización de quejas formales y planificación a largo plazo.

PROPUESTAS PARA MEJORAR LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL

Visibilizar las condiciones de trabajo del personal sanitario y de las implicaciones emocionales, técnicas de regulación emocional, medidas de higiene del sueño, apoyo emocional por pares, ventilación de emociones, potenciar sentimientos de esperanza y cohesión, técnicas de relajación, descansos, ejercicio físico, gestión de conflictos, prevención de escalada, descargar responsabilidad, tratamiento farmacológico si precisa, apoyo institucional simbólico, apoyo emocional y cohesión grupal mediante técnicas grupales.

Estas propuestas emocionales se plasman en una serie de actividades y medidas que se concretan a continuación. Se proponen diferentes dinámicas teniendo en cuenta el funcionamiento de las distintas Unidades:

- Cuestionarios sobre las experiencias (¿Qué está siendo lo peor de la pandemia? ¿Y lo mejor? ¿Crees que has aprendido algo? ¿Te gustaría destacar algo que te haya sorprendido gratamente de algún compañero? Sugerencia para la celebración del fin del confinamiento).
- Cartas anónimas recogidas en buzones en las distintas plantas de hospitalización.
- Tablón para expresión de vivencias, emociones, quejas.
- Encuentro de residentes que fomente la cohesión grupal y evitar enquistamiento de disputas que puedan haber surgido.
- Talleres online. Técnicas de relajación online.
- Técnicas de relajación grupal presencial.
- Grupo de apoyo.
- Acto de silencio por los enfermos fallecidos.
- Agradecimiento privado por parte de la Institución.

CONCLUSIONES

La intervención psicosocial es una forma de intervención que permite trabajar sobre comunidades de forma activa, devolviendo el protagonismo a los propios integrantes de la misma y fortaleciendo la resiliencia de las comunidades, posibilitando la realización de una prevención activa que haga posible la atenuación de las posibles secuelas a medio plazo de los traumas psicosociales y una mejora en la cohesión comunitaria. Este tipo de intervención puede trasladarse al sistema sanitario y sus profesionales en situaciones de emergencia sanitaria como la vivida por el nuevo coronavirus.

REFERENCIAS

Cyrułnik, B. (2009). *Los patitos feos: La resiliencia. Una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa.

Gobierno de España. Sanidad y política social.

<https://www.lamoncloa.gob.es/espana/eh18-19/sanidad/Paginas/sanidad.aspx#:~:text=El%20Sistema%20Nacional%20de%20Salud%20se%20organiza%20en%20dos%20entornos,se%20encuentran%20en%20relaci%C3%B3n%20inversa>

Henderson Grotberg, E. (2006) *La resiliencia en el mundo de hoy*. Barcelona: Gedisa.

Hyun, J., You, S., Sohn, S., Kim, S. J., Bae, J., Baik, M., Cho, I. H., Choi, H., Choi, K. S., Chung, C. S., Jeong, C., Joo, H., Kim, E., Kim, H., Kim, H. S., Ko, J., Lee, J. H., Lee, S. M., Lee, S. H., & Chung, U. S. (2020). Psychosocial Support during the COVID-19 Outbreak in Korea: Activities of Multidisciplinary Mental Health Professionals. *Journal of Korean medical science*, 35(22), e211. <https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e211>

Lugo, G., Miguel Uribe Restrepo, J., Álvarez, M. P., Trejos, J., & Gómez-Chiappe, N. (2021). Grupos de escucha y apoyo en un hospital universitario como modelo de intervención para profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19 [Listening and support groups in a teaching hospital as a model of intervention for healthcare workers during the COVID-19 pandemic]. *Revista colombiana de psiquiatría*, 10.1016/j.rcp.2021.10.012. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.10.012>

Martín Baró, I. (1988). La violencia política y la guerra como causas del trauma psicosocial en El Salvador. *Revista de psicología del Salvador*. Vol. 7. 123-141.

Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. (2007). *Clasificación de hospitales públicos españoles mediante el uso del análisis de conglomerados, realizado por el Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión de la Universidad de Las Palmas*.

<https://www.sanidad.gob.es/en/estadEstudios/estadisticas/docs/NormaGRD2008/CLASIFICACIONHOSPITALESCLUSTER.pdf>

Piaggio, Ana María Rodríguez. (2009). Resiliencia. *Revista Psicopedagogía*, 26(80), 291-302. Recuperado em 22 de março de 2022, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862009000200014&lng=pt&ting=es.

San Juan Guillen, C. (1996) *Intervención psicosocial: elementos de programación y evaluación socialmente eficaces*. Barcelona: Anthropos.

Suarez Ojeda, N. (2008). *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas*. España: Paidós.

Zerbini, G., Ebigbo, A., Reicherts, P., Kunz, M., & Messman, H. (2020). Psychosocial burden of healthcare professionals in times of COVID-19 - a survey conducted at the University Hospital Augsburg. *German medical science : GMS e-journal*, 18, Doc05. <https://doi.org/10.3205/000281>

NOTA:

Nuestro agradecimiento al Jefe de Servicio de Psiquiatría, a los Jefes de Servicio de Medicina Interna, al Jefe de Servicio de Medicina Intensiva y al Jefe de Servicio de Urgencias, y en general a todos los profesionales por su entrega y disponibilidad tanto para colaborar con la mitigación de la pandemia, como para participar en este estudio y en las actividades que de él se derivaron.

