

### **Impacto del Covid-19 en los profesionales sanitarios. Afectaciones psicológicas y repercusión laboral.**

Como prelude de esta conferencia hemos de destacar que desde esta Asociación de Derecho Sanitario de la Comunidad Valenciana (ADSCV) se ha alertado sobre "el imparable aumento de secuelas psicológicas de la pandemia en la población en general y en los profesionales sanitarios en particular" y se ha puesto de manifiesto el "agotamiento psicológico del personal sanitario", cuestión que trataremos en este congreso.

Ante la realidad que hemos vivido y continuamos soportando, D. Carlos Fornes, presidente de esta entidad, ha pedido a las administraciones "coherencia" en el anuncio de medidas contra la covid-19 y que "se pongan de acuerdo", porque se está "llegando a un punto de no retorno de desconfianza ante este constante vaivén de medidas".

Es tal el impacto psicológico entre el personal sanitario de primera línea en la asistencia a pacientes con SARS-CoV-2, comparado con el resto de profesionales sanitarios, que ya se ha demostrado a través de una revisión sistemática de la producción científica en el ámbito occidental. La revisión se realizó en las bases PubMed, Scopus y Web of Science y se seleccionaron 12 artículos. Los estudios cuantitativos realizados en Europa y EE. UU<sup>1</sup>.

En el citado estudio se destaca que se produjeron niveles moderados y altos de estrés, ansiedad, depresión, alteración del sueño y burnout, con estrategias de afrontamiento diversas y síntomas más frecuentes e intensos entre mujeres y enfermería, sin resultados concluyentes por edad.

Otro estudio publicado en International Journal of Environmental Research and Public Health concluye que cerca del 60% de los profesionales sanitarios en España sufrieron trastornos mentales durante la primera ola de la pandemia como ansiedad, estrés agudo y depresión. Hoy después de casi un año y medio la mitad de ellos no se han recuperado del todo.

En estudios realizados en España<sup>2</sup> observamos que los resultados son similares demostrando que la pandemia de la COVID-19 ha generado entre el personal sanitario síntomas de estrés, ansiedad, depresión e insomnio, con mayores niveles entre las mujeres y profesionales de más edad. Variables como haber estado en contacto con el virus o el miedo en el trabajo desencadenaron una mayor sintomatología.

Resultan alarmantes los resultados del Cuestionario de Evaluación Emocional para Personal Sanitario (CEEPS) tras la Covid-19 realizado por Kayros Salud<sup>3</sup> para Unión Sanitaria Valenciana (entidad que incluye a una docena profesiones sanitarias de Valencia: Enfermeros, médicos, farmacéuticos, psicólogos, ópticos-optometristas, odontólogos, veterinarios, fisioterapeutas, logopedas, dietistas-nutricionistas, podólogos y terapeutas ocupacionales).

El estudio aflora que los sanitarios han alcanzado niveles de estrés del 44%... y un 37,7% ha confesado sentirse muy deprimidos.

Los profesionales se han percibido desprotección y muchos siguen traumatizados: En concreto el 70% de la muestra cree que la Administración no les protegió lo necesario durante el inicio de la pandemia. E incluso un 30% ha puntuado con un 0 el nivel de actuación del Gobierno regional o central para facilitar material de protección contra los contagios (mascarillas, guantes, batas, gafas...), guías de actuación, o materiales de concienciación.

A las preguntas relacionadas con el riesgo percibido ante la posibilidad de sufrir un contagio en los puestos de trabajo (donde 0 era “ningún riesgo” y 10 correspondía a “riesgo muy alto”) el colectivo sanitario ha demostrado mayor preocupación con índices que oscilan entre un 7 y 10 de riesgo percibido, mientras que la mayor parte de la población no sanitaria asume un nivel de riesgo entre 2 y 5.

En el caso de Enfermería es especialmente alto el riesgo de contagio percibido, con más de un 50% puntuando 8 o más, y marcando con el riesgo máximo de contagio (10) el 32,5% de los encuestados.

Respecto a la presión emocional que ha podido suponer mantener las medidas de seguridad (distancia, distribución de espacios, limpieza de manos, uso de mascarillas y pantallas protectoras, etc.) los datos afloran que los sanitarios han alcanzado puntuaciones más elevadas (7-8 puntos) que el personal no sanitario (5 puntos), en una escala en la que 0 es igual ningún estrés y 10 se equipara a estrés muy alto.

En cuanto a los diferentes trastornos psicológicos, llama poderosamente la atención que el 37,7% de los trabajadores/as confiesa haberse sentirse deprimido, en varias ocasiones, por la evolución de los contagios y la situación de saturación hospitalaria. Resulta significativo que entre los más deprimidos se hallan los enfermeros, los farmacéuticos y otros colectivos sanitarios como los ópticos-optometristas.

La incidencia del estrés también es muy considerable: El 44% de los profesionales ha mostrado una sintomatología de estrés, como ocurre con los enfermeros o los farmacéuticos que aparecen en los test como los más estresados.

Entre el 40% y 33,9% de los trabajadores/as presentan sintomatología ansiosa. Los más afectados por esta dolencia son enfermeros, farmacéuticos, veterinarios y fisioterapeutas que traspasan la sintomatología leve, llegando los enfermeros a superar la sintomatología moderada, con niveles preocupantes.

Los enfermeros, farmacéuticos, veterinarios, psicólogos y fisioterapeutas han evidenciado las manifestaciones somáticas de mayor gravedad. El colectivo de enfermería vuelve a presentar los niveles más altos con el 77,5%.

Más del 50% de todos los profesionales sanitarios encuestados presenta uno o varios síntomas físicos relevantes (dolor de cabeza, de estómago, de espalda, etc.) asociados al malestar psicológico.

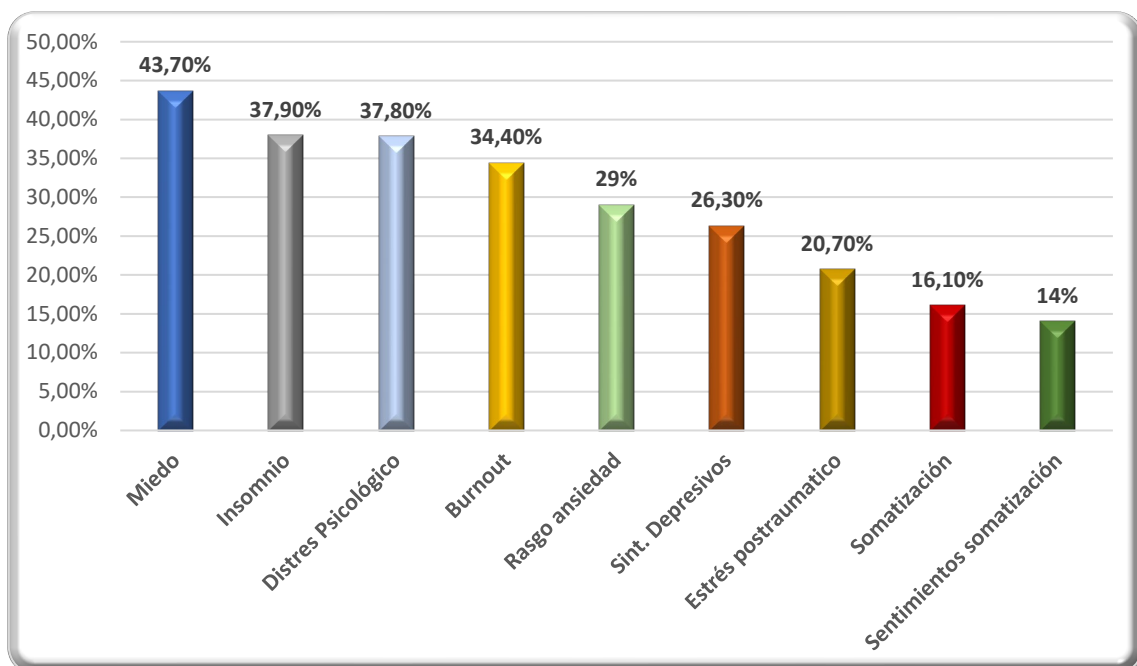
La prevalencia de sintomatología obsesivo-compulsiva resulta bastante similar entre los grupos de profesionales sanitarios, aunque en general, el colectivo de enfermería es el que mayor incidencia ha presentado, superando la sintomatología leve de TOC.

La incidencia de sintomatología asociada al Estrés Post Traumático ha sido del 72,3% en todos los colectivos sanitarios. Fijándonos en las diferencias entre los grupos, observamos que los colectivos de enfermería, farmacia, fisioterapia, veterinaria sobrepasan la sintomatología moderada de TEPT.

Por último, en los índices de discapacidad hay diferencias sustanciales entre los colegios profesionales y el colectivo de enfermeros vuelve a liderar los índices de discapacidad de mayor gravedad, seguidos de veterinarios, farmacéuticos, otros profesionales y fisioterapeutas. La mayoría de los grupos superan la sintomatología moderada, a excepción de psicología, dietista-nutricionista y óptica-optometría.

Así pues prácticamente todos los estudios dan unos resultados muy similares<sup>4</sup>, de forma general podemos decir que los porcentajes son los siguientes, los trabajadores sanitarios que han estado expuestos a la Covid-19, han presentado:

- El 65% ha experimentado problemas generales de salud.
- Con respecto a la salud mental, los síntomas más reportados y sus porcentajes son: el 43,7% miedo, el 37,9% insomnio, el 37,8% distrés psicológico, el 34,4% burnout, el 29% rasgo de ansiedad, el 26,3% síntomas depresivos, el 20,7% trastorno de estrés postraumático, el 16,1% somatización y el 14% sentimientos de somatización<sup>5</sup>.



**Gráfico 1 Síntomas salud mental**

Esta situación está provocando que miles de profesionales sanitarios se acojan a la baja laboral afectados por la enfermedad, sino que el coronavirus también sigue cobrándose ‘víctimas’ de manera indirecta. De hecho, en centros sanitarios y sociosanitarios en donde se han detectado brotes, el absentismo ha crecido hasta alcanzar al 20 % de la plantilla, cuando de media el porcentaje basal se sitúa entre el 5 y el 6 %, lo que supone un aumento del 15 %.

Según el estudio elaborado por la Facultad de Enfermería de la Universidad de Pennsylvania<sup>6</sup> (Estados Unidos), durante la pandemia “las enfermeras han continuado brindando un estándar de atención de crisis, que requiere la asignación y el uso de recursos médicos escasos”. Esta atención, en el contexto de COVID-19, una enfermedad infecciosa y potencialmente fatal, requiere que las enfermeras “equilibren su deber de cuidar a los pacientes mientras se protegen a sí mismas y a sus familias. Los estándares de atención en caso de crisis causan una gran angustia moral a los sanitarios”, según los investigadores norteamericanos

Además, según este artículo publicado en la revista *Journal of Advanced Nursing*, “las situaciones específicas de COVID-19 fueron las más angustiantes, por ejemplo, el riesgo de transmisión a los miembros de la familia de las enfermeras, el cuidado de pacientes sin familiares presentes y el cuidado de pacientes que mueren sin la presencia de familiares”

Todos queremos un sistema sanitario fuerte, pero en estos últimos meses se han vuelto a disparar los casos de contagios entre profesionales sanitarios --aunque ya estén vacunados-- y además las personas que nos cuidan en los hospitales (médicos, enfermeros, celadores y el resto de personal) han sufrido un aumento exponencial de estrés e insomnio, y otras patologías asociadas a comportamientos alejados de la normalidad y que siguen en línea ascendente.

### **Existen motivos que justifican este análisis y los daños producidos tanto a sanitarios como a población en general.**

El último informe ministerial del **3 de septiembre** de este año cifra en 95.926 los sanitarios contagiados 12.914 más que a principio del verano cuando ascendía según el informe del **2 de julio** a 83.027.

La información contradictoria y constante, los políticos han conseguido generar incertidumbre donde solo podía haber certezas.

Falta de EPis, uso de mascarillas, cambios en decisiones en el estado de alarma, medidas contradictorias, donde digo debe decir Diego, una falta de aprendizaje e improvisación constante, incluso en la actualidad existe disparidad de criterios por autonomías o en cuestiones que deberían ser generales y uniformes para toda la ciudadanía como por ejemplo el uso de la mascarilla en exteriores: por un lado, el Gobierno no indica que podemos quitárnosla en plena quinta ola pero nos recomiendan que la llevemos puesta, lo que genera un caldo de cultivo perfecto para discusiones y malos entendidos en la población.

Sobre los profesionales sanitarios los datos apuntan a que siguen padeciendo sobre sus hombros no solo su propio agotamiento físico y psicológico, sino el hartazgo de los ciudadanos que se traduce en un goteo constante de las agresiones y amenazas.

En 2020 hubo 15 partes de agresiones a enfermeros y enfermeras comunicados al Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA). Por colegios de Enfermería provinciales, Castellón tuvo (4), Valencia (8) y Alicante (3). De las 15 agresiones, 8 han derivado en denuncias en los juzgados. Por lugares, en hospitales hubo 4 / en centros de Salud: 7 / asistencias del SAMU: 2 / y en los domicilios del paciente: 1.

Unos datos que coinciden, prácticamente, con los de la Policía Nacional que recibió durante 2021 un total de 16 denuncias por agresiones a sanitarios en la Comunitat Valenciana, lo que la convierte en segunda autonomía española con mayor número de denuncias de profesionales de la salud agredidos, tras Málaga (26), y las mismas que en Sevilla (16).

Curiosamente, el Balance de actividad del Cuerpo Nacional de Policía<sup>7</sup> para prevenir las agresiones a profesionales de la salud en el ejercicio de su profesión, correspondiente a 2020, recoge 197 denuncias a nivel nacional, frente a las 294 de un año antes. Es muy probable que durante la pandemia se haya denunciado menos, según los partes recibidos por la Policía.

Los mismos datos exponen que el 59% de las agresiones suelen ser a médicos, aunque en 2020 han sido un 10% menos que el año anterior, y han aumentado las dirigidas a los enfermeros, que se han llegado al 65% durante el año de la pandemia.

Los martes y los jueves son los días con más incidencia de agresiones, en una franja horaria comprendida entre las 10 y las 13 horas, y preferentemente se producen en los hospitales.

El 70 % de ellas son verbales y el 30 % físicas, normalmente de carácter leve, y Málaga y Sevilla fueron las provincias con mayor número de denuncias (26 y 16, respectivamente).

En general, la distribución territorial es uniforme y van desde las 16 agresiones denunciadas en la Comunidad Valenciana, a las 15 de Galicia, 10 de Castilla-La Mancha o 9 de Madrid.

A los motivos habituales de la agresión como la disconformidad con la atención recibida o el diagnóstico y el tiempo permanecido en la sala de espera, el año pasado se han sumado otros relacionados con los protocolos del coronavirus en los centros sanitarios: el uso obligatorio de la mascarilla y la prohibición de acompañar al paciente.

**A todas estas causas estresantes, hemos de añadir los dilemas éticos a los que se enfrentan los profesionales como son<sup>8</sup>:**

La pandemia provocada por el virus SARS-Cov-2 es una de las mayores tragedias humanas y sanitarias que ha vivido la humanidad en los tiempos modernos. Las exigencias éticas en el desempeño de la atención sanitaria, resultan particularmente importantes por la trascendencia de su cometido: la atención técnica y el cuidado humano de personas vulnerables. Esto requiere de los profesionales de la salud, un esfuerzo positivo y permanente para preservar los derechos inherentes a la dignidad de la persona en el contexto de la relación sanitaria: la vida, la integridad física y moral, la seguridad, la intimidad, la confidencialidad, la autonomía, etc.

### **1.- Conflicto entre cuidado del paciente y autocuidado:**

El bien intrínseco y meta fundamental de la actividad en salud por sus profesionales en especial el de la enfermera, es el cuidado integral de la persona tanto en la salud como en la enfermedad y su acompañamiento a lo largo del proceso de curación o, cuando así acontezca el momento de su muerte. De acuerdo con ello, el CEyDECV<sup>a</sup>, recoge en su articulado las bases fundamentales para la buena praxis enfermera: “los valores fundamentales que deben presidir la praxis en la enfermería son el reconocimiento y respeto de la dignidad inalienable de toda persona y la solidaridad materializada en las actitudes básicas de disponibilidad, cordialidad y compasión” (art.1).

Por otro lado, el art. 25 dispone que “la enfermera utilizará siempre las precauciones estándar de higiene y seguridad, garantizando con ello el derecho a la protección de la salud de las personas que cuida y de la suya propia”.

A su vez, el art. 33 señala que “la enfermera tiene la responsabilidad de cuidar de su propia salud, evitando situaciones o prácticas de riesgo y fomentando los hábitos saludables que procurará inculcar en las personas a las que asiste”.

En situaciones de pandemia como la actual, los principios de cuidado integral del paciente, de un lado, y de cuidado personal y de las personas de su entorno por parte de la enfermera, así como el principio de seguridad, pueden entrar en colisión. El ejemplo más visible en este momento se da cuando personas contagiadas de coronavirus precisan de cuidados y la enfermera que puede prestarlos carece de medios para protegerse frente al riesgo de contagio, o bien de los que dispone para hacerlo son insuficientes. La enfermera, tal y como recoge el art.7 del CE y DECV garantizará el derecho a la seguridad de la persona atendida, protegiéndola de prácticas incompetentes o no seguras, que deberá comunicar a su superior jerárquico (a) Si llegase a advertir prácticas inapropiadas, negligentes o que puedan poner en riesgo innecesario la vida o integridad de la persona, lo comunicará de inmediato a su superior jerárquico.

Salvo excepciones, la enfermera no debe asumir riesgos desproporcionados de contagio y, por tanto, no debe trabajar si carece de los medios idóneos para protegerse. Es responsabilidad grave de la administración sanitaria proveer dichos medios. La exposición de una enfermera a contagio es una mala praxis, injusta y contraria a la utilidad pública, además de contravenir la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (art. 172 de LPRL).

### **2.- Conflicto entre garantizar por un lado la seguridad de pacientes y profesionales y por otro, los derechos del paciente al acompañamiento en los distintos momentos de**

---

<sup>a</sup> Comisión de Ética y Deontología de la Comunidad Valenciana

su proceso asistencial (de modo especialmente relevante el final de su vida) y a la ayuda espiritual o religiosa:

Las declaraciones de derechos del paciente proclaman el derecho a ser acompañados, en su proceso asistencial tanto desde el inicio como al final de la vida.

Desde la Ley 8/2018, de 20 de abril, de la GV en sus artículos 50, 51, 52 y 53. 2. de derecho al acompañamiento en los procesos de nacimiento y parto hasta las leyes sobre la atención al final de la vida, aprobadas en España en los últimos años, reconocen también el derecho al acompañamiento hasta la muerte. Los mismos instrumentos legales y deontológicos reconocen el derecho del paciente a recibir una asistencia espiritual o religiosa conforme a sus creencias y valores (art.18 El cuidado del paciente en fase terminal exige de la enfermera la protección y garantía de todos los derechos que le asisten; en particular, en el ámbito religioso o cultural). Deben, por tanto, procurarse las condiciones para que los pacientes no se vean privados de ninguno de estos dos derechos por razones de seguridad frente al riesgo de contagio. Corresponde a la administración sanitaria arbitrar las medidas para que estos derechos se puedan ejercer sin riesgo para la salud de nadie. Solo se restringirán esos derechos cuando sea necesario para garantizar la seguridad de pacientes y personal, y siempre de modo proporcional.

Las enfermeras pueden y deben desempeñar un papel crucial en ser las garantes de ambos bienes: los derechos del paciente al acompañamiento y al apoyo espiritual, y la seguridad de la actividad sanitaria. El ser humano no tiene como fin último de su existencia seguir viviendo un poco más, sino disfrutar de una vida con sentido.

El acompañamiento en la enfermedad, en el inicio de la vida y especialmente en la muerte, así como la asistencia espiritual, son soportes altamente potentes y que tienen sentido en la vida y de las que no se puede privar a la persona. De ahí que se hayan reconocido como derechos del paciente, y que no se le pueda privar de ellos, salvo por ley y cuando exista una justificación proporcional.

### **3.- Conflicto entre cuidado del paciente y riesgo de demandas por mala praxis o negligencia.**

En la actual crisis del coronavirus es frecuente que los recursos necesarios para prestar unos cuidados de calidad resulten escasos o insuficientes. La enfermera puede verse expuesta a tener que prestar los cuidados en condiciones inadecuadas por la falta de recursos, con el consiguiente incremento de eventuales efectos secundarios respecto al estándar habitual en las que desarrollaría su trabajo.

Aquí se presenta el dilema: si la enfermera no presta los cuidados, está dejando de cumplir con el fin de su profesión, pero si los presta en situaciones de insuficiencia de recursos, y se produce algún resultado negativo para el paciente, se expone a una demanda por mala praxis o negligencia.

Sería deseable prever este tipo de situaciones y determinar con carácter general el modo de proceder, sobre el que se informará al paciente. La enfermera tiene derecho a trabajar en un marco de seguridad jurídica. Cuando no se hayan podido anticipar a los diferentes escenarios de conflicto, la enfermera deberá informar al paciente de las condiciones en las que presta los cuidados para que el paciente pueda otorgar su consentimiento oral (que se reflejará en la historia clínica) a que se proceda de ese modo si está en plenas facultades o con el de su familia o representante legal.

#### **4.- Conflicto entre procurar a cada paciente unos cuidados de calidad y priorizar la asignación de unos recursos escasos para maximizar su utilidad.**

En determinadas ocasiones la enfermera tiene que decidir, por la misma razón de insuficiencia de recursos ya mencionada, a quién priorizar en los cuidados o a quién asignar de forma preferente determinado recurso (art. 26 CEyDECV). El caso paradigmático en el ámbito de la asistencia clínica es la priorización en el acceso a la ventilación mecánica. Pero en los cuidados enfermeros también se dan situaciones dramáticas, que pueden llegar a ser verdaderamente trágicas, a la hora de priorizar un recurso que no alcanza para todos. El enorme incremento de ingresos en las UCIS ha supuesto, en algunos casos, un drástico incremento de la ratio de pacientes por enfermera.

Lo deseable es que se establezcan con antelación unos criterios de priorización que no resulten discriminatorios. Salvar el mayor número de vidas, o procurar los cuidados mínimos al mayor número de personas para que puedan superar un problema de salud, será el objetivo principal. La aplicación de estos criterios de priorización en los cuidados deberá estar sujeta, en todos los casos, a la valoración de la situación de la persona y de sus circunstancias concretas. Cuando no se hayan podido adoptar esos criterios, la enfermera deberá igualmente tomar una decisión, y tendrá que hacerlo con la profesionalidad que la caracteriza y, lógicamente, dentro del marco del ordenamiento jurídico vigente. En la medida en que sea posible, convendrá que consulte la decisión y/o participe en la toma de decisiones con el equipo asistencial que trata al paciente concreto. No solo porque la complejidad del contexto puede hacer más difícil el acierto en la decisión sino porque, actuando de ese modo, la enfermera obtiene un respaldo frente al riesgo de distrés moral y psicológico a la que se pudiera ver sometida en contra de sus propios valores personales y/o profesionales.

No debe olvidarse por otra parte, que la enfermera forma parte del equipo asistencial tal y como contempla el art.31 del CEyDECV, la enfermera será siempre consciente de que forma parte de un equipo de salud en el que debe integrarse y con el que debe colaborar. En consecuencia, dará a conocer al resto de los componentes del equipo los criterios propios en cuestiones de su competencia que deberán estar validados por la evidencia científica.

Una vez tomada la decisión sobre la priorización, deberá comunicarla a la persona afectada. Se trata de un escenario insólito en la prestación ordinaria de los cuidados de enfermería, pues habitualmente se informa al paciente de lo que se le va a hacer con el objeto de que preste su libre consentimiento. En la situación que contemplamos aquí se trata, en cambio, de informar sobre el modo en que se le va a seguir cuidando, y de por qué no se le procurarán determinados cuidados. Evidentemente, la comunicación de esta información no va seguida de una solicitud de consentimiento escrito, sino que será por lo general oral y quedará reflejada en la historia clínica. Es imprescindible que esta información no sea engañosa, ni que se oculte al paciente lo que se va a dejar de hacer con él, ni se le transmita la idea de que será abandonado a su suerte o que recibirá unos cuidados de escasa calidad.

#### **5.- El conflicto entre solidarizarse con la decisión de priorizar adoptada por el equipo de salud y mantener un criterio propio discrepante.**

La enfermera, como parte de un equipo de salud (art. 31 CEyDECV), puede ser testigo de una priorización en la asignación de recursos decidida por el o los facultativos del



equipo. Como se ha dicho antes, esa priorización puede referirse a recursos vitales, como es el caso de la ventilación mecánica. A la hora de decidirla, puede que la enfermera haya tenido la oportunidad de participar o no. Tanto en un caso como en el otro la decisión adoptada le podrá parecer correcta o incorrecta. Sería deseable que las enfermeras tuvieran garantizada la participación en esos procesos de toma de decisión, no solo porque su punto de vista resulta fundamental para tener un mejor conocimiento de la situación del paciente y tomar una decisión más acertada, sino también, para que no se vea expuesta a asistir -como sujeto meramente pasivo- a decisiones trágicas, cuando ella es sujeto activo y permanente de los cuidados procurados al paciente. En términos generales, la enfermera hará suya la decisión adoptada. Pero cuando, de acuerdo a su conciencia y criterios profesionales, entienda que la decisión adoptada es gravemente injusta para el paciente, deberá ponerlo en conocimiento del equipo y, llegado el caso, manifestar incluso su objeción de conciencia para llevarla a cabo.

**6.- Conflicto entre el deber de desempeñar unas funciones requeridas por una situación de urgencia** para las que, sin embargo, no ha sido debidamente cualificada, y el deber de ceñirse a sus áreas de competencia y, como consecuencia, dejar a ciertos pacientes sin la asistencia.

Cuando los recursos son escasos o las demandas en determinados servicios crecen muy por encima de lo previsible, es posible que se requiera el refuerzo de enfermeras procedentes de otros servicios. Para el caso de que no tuviesen la cualificación idónea (art. 28 CEyDECV), habrá que procurársela y, si aun así, no es posible garantizar que vayan a prestar unos cuidados adecuados, no se les deberá exigir que los desempeñen. Solo en situaciones extremas se podrá ponderar entre dejar de hacer, con el consiguiente perjuicio para el paciente, y actuar sin la suficiente cualificación, con el incremento de los riesgos asociados a la intervención.

**La Organización Mundial de la Salud ha preparado las siguientes recomendaciones para los profesionales de la salud<sup>9</sup>.**

- Identificar herramientas para manejar el estrés y mantener las estrategias de afrontamiento habituales.
- Normalizar los sentimientos ya que es lógico sentir estrés ante estas situaciones hablar de sentimientos emociones entre todos los que trabajan juntos es una forma también de ayudarse manejar el estrés y conseguir el bienestar emocional durante este tiempo es tan importante como mantener la salud física.
- Cuidar las necesidades básicas haciendo ejercicio y comer de forma sana y equilibrada.
- Mantener el contacto con la familia y los amigos.
- Evitar estrategias poco sanas como pueden ser el fumar beber tomar alcohol consumir drogas todo este tipo de cuestiones son parches que agudiza el problema.

**CUIDAR AL QUE CUIDA<sup>10</sup>**

Para ello es necesario minimizar el impacto emocional que ha generado los trabajadores de la salud la actual pandemia cuidar al que cuida.

Los servicios de prevención de riesgos laborales deben de tener la suficiente ratio de personal formado para afrontar esta pandemia y todas las que se puedan producir, aconsejando y realizando un seguimiento que analice los niveles de participación.

¿Qué condiciones deben generarse para tener éxito es esta propuesta?

Entender que si no existe una cultura de formación e información por parte de las empresas, en este caso sanitarias donde se contemple los *hándicaps* a los que nos enfrentamos no podremos afrontar con éxito tal objetivo, por ello es necesario que en primer lugar el trabajador sepa:

**Pedir ayuda**, concienciar a los profesionales que ante signos de alarma como los descritos, pidan ayuda y no acumulen para ellos solos como algo normal las sintomatologías descritas.

**Ejercicio físico y actividades complementarias**, se recomienda la realización de actividad física de manera regular para preservar la salud mental, neuromuscular<sup>11 12</sup>, cardiovascular, metabólica y endocrina, pero ¿cómo se puede cumplir tal recomendación cuando existe un estado de sobrecarga laboral y emocional?

Cuando hablamos de formación continuada en los centros de trabajo y principalmente en los centros de trabajo sanitarios, se debe contemplar un nuevo aspecto como el bienestar personal, para ello incluida en la formación que se oferta a estos trabajadores y que de alguna forma resulta obligatoria, se debía de añadir de forma reglada cursos de bienestar personal, autoayuda y todos los relacionados con el control del estrés por medio de metodologías que muchas veces parecen poco regladas pero que, a día de hoy y por medio de roles profesionales que están investigando estas practicas, demuestran su efectividad<sup>13 14 15 16</sup>.

Este tipo de formación nos tiene que generar la necesidad de mejorar también la respiración diafragmática y tener la capacidad de desconectar y aislarnos en el momento que se termina el turno laboral, mantener ese apoyo emocional con la familia y apartar a esta de cualquier tensión que se pueda arrastrar desde el centro de trabajo minimizando el impacto sobre la persona con la finalidad de mantener una salud mental adecuada.

### **Retos Presentes y Futuros<sup>17</sup>**

Organizar la asistencia psicológica destacando tres grandes desafíos, que se han puesto de manifiesto en la actual pandemia:

**Sistemas de salud insuficientes**, tanto a nivel de recursos materiales como humanos (falta de equipos de protección, infraestructura para la teleasistencia, personal) o con profesionales de salud mental no especializados en el abordaje psicológico de crisis y emergencias<sup>18</sup>.

Por este motivo, es preciso concienciar a gobiernos y gestores sanitarios de la necesidad de reforzar el número de profesionales en salud mental, facilitar su capacitación para la intervención en emergencias y monitorizar su nivel de sobrecarga laboral, sobre todo cuando esta es sostenida en el tiempo. Se ha puesto de manifiesto la necesidad de invertir en toda la estructura sanitaria, tanto en material como en personal.

**Infraestimación de las secuelas psicológicas** en la sociedad de las crisis de este tipo y, consecuentemente, una escasa dotación de recursos materiales y humanos para hacerles frente<sup>19</sup>.

Los individuos expuestos a emergencias de salud pública presentan una mayor vulnerabilidad psicopatológica tanto durante como después del suceso potencialmente traumático<sup>20</sup>.

Por lo tanto, es importante evaluar e identificar a todos los grupos de riesgo y adaptar las intervenciones a sus necesidades específicas. Entre las variables que hay que considerar, especialmente desde atención primaria, se encuentran el curso de la enfermedad, la gravedad de los síntomas clínicos, el lugar del tratamiento (en aislamiento domiciliario o fuera del domicilio, en un ingreso hospitalario o en una unidad de cuidados intensivos, etc.), la historia de traumas previos y, si constan, antecedentes de problemas de salud mental. Disponer de esta información ayudará a clasificar a las personas de riesgo y permitirá poner en marcha medidas preventivas específicas de salud mental.

**Escasa planificación y coordinación de las intervenciones psicológicas**, máxime cuando estas se aplican en diferentes niveles y por diversos tipos de profesionales<sup>21</sup>

En España, es un gran error ya que, principalmente en las intervenciones que se están desarrollando al margen del sistema sanitario público. Cualquier intervención psicológica debe planificarse y coordinarse junto con todos los actores sociosanitarios implicados y, especialmente, con los profesionales de atención primaria y de las unidades especializadas de salud mental que son las que garantizarán una adecuada continuidad asistencial cuando la fase actual de emergencia sanitaria cese.

**Por último, caben señalarse los riesgos asociados con una sobreoferta de asistencia psicológica** por parte de organizaciones no gubernamentales y del tercer sector. Aunque la prevención en salud mental es muy deseable y una asignatura pendiente en nuestro país, toda intervención preventiva debe aplicarse por profesionales bien cualificados. De otra manera, esto es, hacerlo sin coordinación y con los profesionales inadecuados, podría tener efectos iatrogénicos ya conocidos en otras experiencias, es decir, hacer más daño que beneficio<sup>22-23</sup>.

## CONCLUSIONES.

El colectivo de profesionales sanitarios se sitúa en primera línea, por lo que está expuesto directamente determinados riesgos y estresores. Esto contribuye a que desarrollen sintomatologías psicológicas diversas.

Consecuentemente, se recomienda ofrecerles **ayuda psicológica** para reducir el impacto emocional del Covid-19 y asegurar así, no solo su salud mental, sino también el adecuado cuidado que dispensan.

Se requiere profundizar en las experiencias emocionales y necesidades profesionales de **apoyo emocional**, para diseñar intervenciones eficaces de protección y ayuda implicando al cuidador en su auto-cuidado con la utilización de técnicas que han demostrado su eficacia.

Tener presente que el bienestar laboral se consigue en momentos de presión, con la tranquilidad del profesional sintiéndose protegido en su trabajo, con medios adecuados, formado y actualizado con la información en los últimos avances que la evidencia científica pueda demostrar, con un autonomía real en la toma de decisiones autónomas y la normalización de compartirlas con el resto del equipo de forma puntual, con periodos de reposo que permitan el descanso reparador para estar bien y atender bien, con mandos que pauten medidas coherentes y consensuadas y contar con el respeto de una sociedad que le facilite su labor y, por supuesto, con políticos que sepan de que hablan o callen, si no tienen argumentos por desconocimiento de la situación sanitaria.

## BIBLIOGRAFIA Y REFERENCIAS

<sup>1</sup> Danet, A. D. (2021). Impacto psicológico del COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Medicina Clínica*.

<sup>2</sup> Santamaría, M. D., Ozamiz-Etxebarria, N., Rodríguez, I. R., Alboniga-Mayor, J. J., & Gorrotxategi, M. P. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 14(2), 106-112.

<sup>3</sup> Kayros Research group: I. Blasko Ochoa, S. Reno Chanca, J.A. Santolaya Prego de Oliver. (2020) CEEPS COVID19. Cuestionario de evaluación emocional para personal sanitario tras el COVID19

<sup>4</sup> Santamaría, M. D., Ozamiz-Etxebarria, N., Rodríguez, I. R., Alboniga-Mayor, J. J., & Gorrotxategi, M. P. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 14(2), 106-112.

<sup>5</sup> De Juan Pérez, A., & Crespo, M. D. M. S. (2021). Revisión sistemática y metaanálisis sobre la prevalencia de depresión, ansiedad e insomnio en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID-19. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 24(3), 310-315.

<sup>6</sup> Agencia Europa Press. Martes 2 de marzo de 2021. Las agresiones a sanitarios descienden un 33% en 2020. Intervención el comisario interlocutor de Policía Nacional, Javier Galván. Enlace del vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=lZquSH6QZ68>

<sup>7</sup> Salazar de Pablo G., Vaquerizo-Serrano J., Catalan A., Arango C., Moreno C., Ferre F. Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2020;275:48–57. doi: 10.1016/j.jad.2020.06.022. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].

<sup>6</sup> Hospital nurses' moral distress and mental health during COVID-19  
Eileen T. Lake, Aliza M. Narva, Sara Holland, Jessica G. Smith, Emily Cramer, Kathleen E. Fitzpatrick Rosenbaum, Rachel French, Rebecca R. S. Clark, Jeannette A. Rogowski;17 August 2021.  
<https://doi.org/10.1111/jan.15013>

<sup>8</sup> Comisión de ética y deontología del consejo de enfermería de la comunitat valenciana  
Aspectos éticos de la enfermería en la crisis de pandemia por covid-19

<sup>8</sup> Organización Mundial de la Salud. Mental Health Considerations during COVID-19  
Outbreak. Ginebra: OMS, 2020 [consultado 6 Abr 2020] Disponible en: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af2\\_539](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af2_539)

- <sup>9</sup> Ferrán, M. B., & Barrientos-Trigo, S. (2021). Cuidar al que cuida: El impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud. *Enfermería clínica*, 31, S35-S39.
- <sup>10</sup> ChenP, Maol, NassisGP, HarmerP, AinsworthBE, LiF. Coronavirusdisease(COVID-19):Theneedtomaintainregularphysicalactivitywhiletakingprecautions. *JSportHealthSci*. 2020;9:103---4, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jshs.2020.02.0012020>.
- <sup>11</sup> CanoA, MiguelJJ. Emocionesysalud. *Ansiedad y Estrés*. 2001;7:111-21.33. Organización Mundial de la Salud. *Mental Health Considerations during COVID-19 Outbreak*. Ginebra: OMS, 2020 [consultado 6 Abr 2020] Disponible en: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af2\\_539](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af2_539)
- <sup>12</sup> Escobar Zurita, E. R., Serrano Ávalos, K. V., Villavicencio Narváez, L. D. C., & Gallegos Murillo, P. D. L. (2019). Utilización de yoga como terapia alternativa en el tratamiento del estrés, mitos y realidades. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 48(4).
- <sup>13</sup> Arcos-Carmona, I. M., Castro-Sánchez, A. M., Matarán-Peñarrocha, G. A., Gutiérrez-Rubio, A. B., Ramos-González, E., & Moreno-Lorenzo, C. (2011). Efectos de un programa de ejercicios aeróbicos y técnicas de relajación sobre el estado de ansiedad, calidad del sueño, depresión y calidad de vida en pacientes con fibromialgia: ensayo clínico aleatorizado. *Medicina clínica*, 137(9), 398-401.
- <sup>14</sup> Auserón, G. A., Viscarret, M. R. E., Goñi, C. F., Rubio, V. G., & Pascual, P. P. (2018). Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness y autocompasión para reducir el estrés y prevenir el burnout en profesionales sanitarios de atención primaria. *Atención primaria*, 50(3), 141-150.
- <sup>15</sup> Fuertes Goñi, C., Aranda Auserón, G., & Arroyo Anies, M. P. (2016, August). Comunicación y mindfulness como prevención del burnout. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 39, No. 2, pp. 331-333). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- <sup>17</sup> Inchausti, F., García-Poveda, N.V., Prado-Abril, J. y Sánchez-Reales, S. (2020). La Psicología Clínica ante la Pandemia COVID-19 en España. *Clínica y Salud*, 31(2), 105-107. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a11>
- <sup>18</sup> Shultz, J. M., Baingana, F., y Neria, Y. (2015). The 2014 Ebola outbreak and mental health: Current status and recommended response. *Journal of the American Medical Association*, 313(6), 567-568. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.17934> [ Links ]
- <sup>19</sup> Bitanihirwe, B. K. Y. (2016). Monitoring and managing mental health in the wake of Ebola. *Commentary. Annali dell'Istituto Superiore Di Sanita*, 52(3), 320-322. [https://doi.org/10.4415/ANN\\_16\\_03\\_02](https://doi.org/10.4415/ANN_16_03_02) [ Links ]
- <sup>20</sup> Fan, F., Long, K., Zhou, Y., Zheng, Y. y Liu, X. (2015). Longitudinal trajectories of post-traumatic stress disorder symptoms among adolescents after the Wenchuan earthquake in China. *Psychological Medicine*, 45(13), 2885-2896. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000884> [ Links ]
- <sup>21</sup> Zhang, J., Wu, W., Zhao, X. y Zhang, W. (2020). Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: A model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine*, 3(1), 3-8. <https://doi.org/10.1093/pcmedi/pbaa006> [ Links ]
- <sup>22</sup> Loewenstein, R. J. (2018). Dissociation debates: everything you know is wrong. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(3), 229-242. [ Links ]
- <sup>23</sup> Ogden, J. (2019). Do no harm: Balancing the costs and benefits of patient outcomes in health psychology research and practice. *Journal of Health Psychology*, 24(1), 25-37. <https://doi.org/10.1177/1359105316648760> [ Links ]