



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ECONOMÍA SOCIAL

insst
Instituto Nacional de
Seguridad y Salud en el Trabajo

IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19

ESTUDIO DE SITUACIÓN DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL PERSONAL DE CENTROS SANITARIOS

ÍNDICE

1. RESUMEN	6
2. INTRODUCCIÓN.....	9
3. OBJETIVOS	14
4. MATERIAL Y MÉTODOS	16
4.1. Fase de propuesta: aproximación al problema	16
4.2. Fase de investigación.....	17
4.3. Diagrama sistémico.....	32
4.4. Arquetipos	33
5. RESULTADOS	36
5.1. Análisis estadístico.....	36
5.3. Entrevistas semiestructuradas.....	44
5.4. Diagrama sistémico.....	65
5.5. Arquetipos de las personas trabajadoras	68
6. DISCUSIÓN	72
7. CONCLUSIONES	77
8. ANEXOS DE GRÁFICOS Y TABLAS	80
9. BIBLIOGRAFÍA	99

Título:

Estudio de situación de los riesgos psicosociales en el personal de centros sanitarios: impacto de la pandemia por COVID-19

Autor:

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P.

Elaborado por:

Rebeca Martín Andrés (coordinación)
Aitana Garí Pérez
Marina Ortiz López
Ángeles de Vicente Abad

Grupo de trabajo del proyecto PSI-COVID:

Rebeca Martín Andrés (coordinación)
Aitana Garí Pérez
Marina Ortiz López
Laura Rodríguez Merino
M^a José Santiago Valentín
Silvia Termenón Cuadrado
Ángeles de Vicente Abad

Edita:

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P.
C/ Torrelaguna 73, 28027 Madrid
Tel. 91 363 41 00, fax 91 363 43 27
www.insst.es

Maquetación:

Servicio de Ediciones y Publicaciones del INSST

Edición:

Madrid, diciembre 2022

NIPO (en línea): 118-22-076-9

Hipervínculos:

El INSST no es responsable ni garantiza la exactitud de la información en los sitios web que no son de su propiedad. Asimismo, la inclusión de un hipervínculo no implica aprobación por parte del INSST del sitio web, del propietario del mismo o de cualquier contenido específico al que aquel redirija.

Agradecimientos:

Queremos mostrar nuestro más sincero y profundo agradecimiento a todas las personas que han participado en la fase de entrevistas del presente estudio: personal sanitario y no sanitario de hospitales y centros de atención primaria, miembros de la gerencia/dirección de los centros sanitarios, personal técnico y directivo de los servicios de prevención del sector y personal experto en intervención en situaciones de emergencia. Las circunstancias en las que se llevaron a cabo las entrevistas, en plena situación de crisis y con la incertidumbre y carga de trabajo de las etapas iniciales dan, si cabe, más valor a su colaboración. Sin todas ellas no habría sido posible profundizar en el conocimiento de su realidad.

Agradecemos la colaboración del Observatorio Estatal de Condiciones de Trabajo en la explotación de datos estadísticos que se incluye en el presente informe.

Del mismo modo, queremos mostrar nuestro agradecimiento a todas las personas que han confiado en nuestro trabajo y han prestado su apoyo e impulso para que salga adelante, especialmente a la dirección del INSST y del Centro Nacional de Nuevas Tecnologías y al Área Temática de Psicosociología del INSST. También al Departamento de Divulgación y Formación por su impulso al proyecto y, particularmente, para la publicación de la guía “Trabajar en tiempos de COVID-19: buenas prácticas de intervención psicosocial en centros sanitarios”.

Agradecemos también al fotógrafo Fernando Quintela, que ha cedido las imágenes de su paso hospitalario por la COVID-19 (cubierta frontal y trasera).

Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado:

<http://cpage.mpr.gob.es>

Catálogo de publicaciones del INSST:

<http://www.insst.es/catalogo-de-publicaciones>



Estudio de situación de los riesgos psicosociales en el personal de centros sanitarios: impacto de la pandemia por COVID-19

RESUMEN



1. Resumen

Objetivo: el presente estudio descriptivo de investigación aplicada tiene como objetivo conocer el impacto psicosocial de la situación de trabajo durante la primera ola de la crisis por COVID-19 sobre el personal de centros sanitarios en España, así como las posibles intervenciones para reducirlo desde el ámbito de la prevención de riesgos laborales.

Métodos: la investigación se realizó mediante el análisis de la información obtenida de tres fuentes: revisión bibliográfica de la literatura científica recogida en las bases de datos MEDLINE (Pubmed), SCOPUS y Cochrane Library Plus hasta mayo de 2020; análisis estadístico de los datos sobre el colectivo a partir de los ficheros trimestrales de microdatos de la Encuesta de Población Activa del año 2019 (EPA 2019); 41 entrevistas semiestructuradas a diversos actores implicados en el objeto de estudio: profesionales de centros hospitalarios y de atención, personal de los Servicios de Prevención del sector sanitario, profesionales de asistencia psicológica/psiquiátrica a personal de centros sanitarios, personal directivo de centros sanitarios y expertos en emergencias.

Resultados: Las **búsquedas bibliográficas** dieron lugar a la consulta de 1.433 artículos científicos, de los cuales 52 cumplieron los criterios de inclusión

establecidos. En ellos se confirma que las mujeres, enfermeras o profesionales con baja cualificación, con edades comprendidas entre 20 y 30 años, con menos de cinco años de experiencia laboral y sin capacitación previa en intervención en crisis, tienen una mayor probabilidad de desarrollar patologías como consecuencia de un acontecimiento traumático en el entorno laboral. Además, se pone de manifiesto que el impacto de los brotes epidémicos sobre la salud mental de los profesionales del sector sanitario se traduce en una mayor prevalencia de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático (TEPT), entre otros. Existen diversas intervenciones preventivas sobre el contexto laboral entre las cuales cabe destacar las articuladas a través del apoyo entre compañeros y el entrenamiento en resiliencia.

Sobre los datos estadísticos de la EPA se realizó un **análisis descriptivo** de los profesionales del sector sanitario, que permitió caracterizar, en términos de variables sociodemográficas y de empleo, a los colectivos profesionales objeto de estudio: asalariados del sector público, de actividades hospitalarias y centros médicos en el territorio español. Los diversos colectivos que conforman el sector de la sanidad en España están formados mayoritariamente por mujeres (entre el 60 y el 100%), de nacionalidad

española (más del 80%) y con contrato indefinido (entre el 50 y el 75%). Los colectivos mayoritarios son los formados por profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería (61,8%) en los hospitales, y los profesionales de medicina y enfermería (87,4%) en el caso de los centros de atención médica.

Las **entrevistas** semiestructuradas proporcionaron información relativa a cuatro bloques: funcionamiento de los servicios de prevención, impacto de la crisis sanitaria (sobre las organizaciones y sobre las personas), recursos de ayuda psicológica puestos a disposición de las personas trabajadoras y perspectiva de futuro de éstas en relación con la evolución de su situación profesional. Se confirmó la existencia de manifestaciones del impacto de la

situación de crisis en la salud mental compatibles con lo encontrado en la bibliografía. Además, la información obtenida dio lugar a la detección de las necesidades del personal de los centros sanitarios y permitió profundizar en el conocimiento del sistema preventivo del sector.

Conclusiones: la exposición laboral a acontecimientos traumáticos, como los vividos durante la situación de crisis por la pandemia de COVID-19, puede dar lugar a efectos negativos sobre la salud física y psíquica del personal del ámbito sanitario. Es importante poner en marcha medidas preventivas, tanto para la prevención de la exposición como para minimizar los efectos de esta, en el entorno laboral.

Estudio de situación de los riesgos psicosociales en el personal de centros sanitarios: impacto de la pandemia por COVID-19

INTRODUCCIÓN



2. Introducción

A finales de 2019, en la provincia de Wuhan, China, se registró un brote de neumonía de etiología desconocida que se estaba mostrando resistente a los tratamientos habituales, posteriormente identificada como un nuevo coronavirus causante de la enfermedad COVID-19. En poco tiempo el brote se extendió, no solo por China sino más allá de sus fronteras, hasta que el 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la enfermedad como una pandemia. En España, el primer caso se registró en La Gomera, el 31 de enero, y fue el 24 de febrero cuando se diagnosticó a la primera persona dentro del territorio peninsular. A partir de entonces la propagación del virus por el país fue exponencial, hasta que el 13 de marzo el gobierno declaró el estado de alarma para contener su expansión. Como consecuencia de las medidas adoptadas, la población se confinó en sus domicilios, viendo limitada su movilidad a las actividades más básicas. La actividad educativa presencial quedó suspendida y, del mismo modo, aquellas actividades y servicios profesionales considerados “no esenciales”. En este contexto, con la prolongación en el tiempo de las medidas asociadas al estado de alarma, se comenzaron a visibilizar las repercusiones psicológicas y sociales de tal situación para la población general. La pérdida de hábitos y rutinas, y la instauración de otros

poco saludables, la ausencia o disminución del contacto social, la pérdida de ingresos económicos, las dificultades de convivencia o el miedo a la enfermedad han sido fuentes de estrés que han estado presentes, en mayor o menor medida, en muchos domicilios españoles durante el periodo de confinamiento. A estos factores hay que añadir la presencia de la enfermedad en algunas familias, unida a la pérdida de seres queridos en muchos casos.

En el plano laboral se puso de manifiesto la existencia de tres posibles situaciones de trabajo, fundamentalmente:

1. los colectivos pertenecientes a sectores “esenciales”, que mantenían su actividad profesional con adaptaciones particulares a la situación generada por el virus (sectores como el del transporte, la alimentación, la sanidad o la asistencia de personas),
2. los colectivos que tenían la posibilidad de mantener su actividad a distancia (fundamentalmente los puestos “de oficina” pero también el sector educativo, entre otros) y
3. aquellos cuya actividad profesional no permitía adaptación alguna a la situación de crisis (sectores como hostelería, ocio o turismo).

En este contexto, el impacto de la situación de confinamiento sobre unos u otros colectivos ha tenido sus particularidades. Las personas trabajadoras de actividades esenciales se vieron expuestas en mayor medida al riesgo de contagio de la enfermedad, tuvieron que hacer frente, en muchos casos, a un importante incremento de la carga de trabajo, adaptándose en un breve espacio de tiempo a las medidas necesarias de protección frente al virus. Los trabajadores y trabajadoras de sectores en los que se continuó con la actividad no presencial se vieron expuestos a importantes cambios en su actividad profesional, en muchos casos con limitaciones de medios físicos y tecnológicos para trabajar en sus domicilios. Por otra parte, con la actividad educativa presencial suspendida, muchas familias enfrentaron importantes dificultades para la conciliación. La situación de trabajo a distancia implicó demandas laborales y familiares simultáneas (exposición a doble presencia) para muchas personas, especialmente para las mujeres, quienes asumieron en mayor medida las labores de cuidados en el ámbito familiar. Pero tener a los hijos en casa también supuso una dificultad aún mayor para las familias que tenían que continuar trabajando de manera presencial. Todos estos factores específicos del ámbito laboral confluyeron con los factores generales asociados a la situación desencadenada por la pandemia.

En todos los sectores el ámbito de la prevención de riesgos laborales no estaba preparado para la gestión de los riesgos psicosociales derivados del trabajo durante la pandemia, y los servicios de prevención se vieron desbordados por la situación. Por este motivo, la exposición a factores de riesgo psicosocial fue difícilmente evitable. En este marco, un equipo del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) formado por profesionales de diversas áreas de especialización, comenzó a interesarse por las repercusiones psicosociales de la crisis sobre la población trabajadora.

El interés mediático y social por la salud mental fue creciendo, lo que el equipo de trabajo de este proyecto percibió como una oportunidad de visibilizar la importancia de gestionar adecuadamente unos riesgos que, ya en circunstancias normales, se encuentran en muchas ocasiones invisibilizados e infravalorados. El objetivo era desarrollar una investigación aplicada a un colectivo concreto, pero la exposición a riesgos psicosociales era una situación común en muchos sectores de actividad y colectivos profesionales. Por ello, la primera decisión a tomar por el equipo fue definir un colectivo sobre el que centrar la investigación. A partir del análisis de la situación y del conocimiento inicial del que se partía, se concluyó que éste sería el formado

por los **trabajadores y trabajadoras del ámbito sanitario**¹. Por una parte, se trata de un colectivo muy numeroso dentro de la población de nuestro país, pero además era uno de los expuestos de manera más directa al riesgo de contagio, debido a su trabajo en el entorno directo de los pacientes de COVID-19. Por otra, existía la clara consciencia de la importante labor que estaban desarrollando en la lucha contra la pandemia y del desgaste que sufrían como consecuencia de ello. Además, la elevada posibilidad de rebrotes futuros hacía especialmente importante desarrollar acciones preventivas que permitieran a este colectivo recuperarse y afrontarlos minimizando los efectos en su salud. Si bien se valoró poner el foco en el personal de establecimientos residenciales, otro de los colectivos especialmente expuestos a riesgos psicosociales durante la pandemia, finalmente se descartó debido a las dificultades de acceso de los miembros del equipo técnico a informantes clave de dicho sector.

El impacto psicosocial de la pandemia en los sanitarios ha sido un foco de interés para diversos investigadores del ámbito científico y universitario. La Universidad Autónoma de Madrid (UAM) junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS)

publicó en mayo de 2020 los resultados preliminares de un estudio sobre el impacto emocional de la COVID-19 en profesionales y estudiantes del ámbito de la salud (1). Por otra parte, en mayo de 2020 un grupo de investigadores de instituciones de diversos países (España, Noruega, Australia y Reino Unido) llevó a cabo una revisión sistemática rápida de la literatura a fin de identificar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre el impacto en la salud mental en trabajadores sanitarios al frente de brotes virales epidémicos (tanto el actual por COVID-19 como previos). Por su parte, la Universidad Complutense de Madrid, a través del Laboratorio de Psicología del Trabajo y Estudios de la Seguridad, llevó a cabo el estudio “Sancovid-19: impacto emocional frente al trabajo por la pandemia del COVID-19 en personal sanitario” (2), del que se desprende que el 56,6% de las personas trabajadoras del sector sanitario presentaban síntomas de trastorno de estrés postraumático, el 58,6% de trastorno de ansiedad y el 46% de trastorno depresivo. A esta misma conclusión llegó la Sociedad Española de Medicina Interna en un sondeo a 902 médicos internistas para conocer las consecuencias del trabajo con pacientes de COVID-19 (3).

¹ En el ámbito del presente estudio, se contemplan dentro de este grupo a los colectivos profesionales que han desarrollado su actividad en los diferentes centros de salud y hospitales durante la pandemia con riesgo de exposición directa al virus, principalmente personal de enfermería, medicina, limpieza y personal auxiliar (auxiliares de enfermería y celadores/as).

Muchos colegios profesionales de psicología y servicios de salud mental de diferentes hospitales, conscientes del impacto de la situación, lanzaron recomendaciones para la protección de la salud mental de los colectivos del ámbito sanitario. Además, fruto de este interés, instituciones como el Ministerio de Sanidad o los Gobiernos Autonómicos habilitaron, durante la fase más crítica de la pandemia, servicios telefónicos de apoyo y asistencia psicológica dirigidos a trabajadoras y trabajadores del sector sanitario.

Dentro de nuestro ámbito de actuación, en la misión de promover y apoyar la mejora de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo, desde el INSST se pretende con este proyecto profundizar en el conocimiento de los riesgos psicosociales dentro del sector sanitario. Por otro lado, más allá de este objetivo, todo este conocimiento se utilizará para contribuir a la mejora de las condiciones de trabajo de las personas que desarrollan su actividad en el sector, generando instrumentos prácticos para la gestión de los riesgos psicosociales en los centros sanitarios.



Estudio de situación de los riesgos psicosociales en el personal de centros sanitarios: impacto de la pandemia por COVID-19

OBJETIVOS

3. Objetivos

El **objetivo general** de este trabajo es contribuir a disminuir el impacto de las condiciones de trabajo durante la crisis por COVID-19 sobre la salud psicosocial del personal del ámbito sanitario.

Entre los **objetivos específicos** se encuentran los siguientes:

1. Ampliar el conocimiento sobre los factores de riesgo psicosocial a los que se han visto expuestos los colectivos del ámbito sanitario durante la crisis por COVID-19 en hospitales y centros de atención primaria de España.
2. Conocer la repercusión de la exposición a los factores de riesgo psicosocial sobre la salud física y psíquica del personal del ámbito sanitario.
3. Identificar los agentes implicados en la prevención de riesgos psicosociales dentro del sector sanitario en España y las particularidades de su sistema preventivo.

4. Desarrollar instrumentos eficaces para reducir el impacto de la exposición a los riesgos psicosociales derivados del trabajo durante la crisis sanitaria, que sean útiles también en futuras situaciones de crisis del sistema sanitario.
5. Poner a disposición de los servicios de prevención del sector instrumentos que les permitan adecuar sus actuaciones de prevención de riesgos psicosociales a las necesidades de las personas trabajadoras.
6. Destacar la necesidad de abordar la gestión de los riesgos psicosociales.

Además de estos objetivos de carácter técnico, el proyecto se plantea como **objetivo estratégico** promover el conocimiento y la reflexión de los distintos agentes de la prevención sobre la importancia de gestionar los riesgos psicosociales para una protección integral de la salud de los trabajadores y las trabajadoras.

Estudio de situación de los riesgos psicosociales en el personal de centros sanitarios: impacto de la pandemia por COVID-19

MATERIAL Y MÉTODOS

4. Material y métodos

Este proyecto científico-técnico se realiza mediante la metodología SIDIS²(4) (Sistema de Investigación, Divulgación, Innovación y Sensibilización), desarrollada por el Departamento de Investigación e Información del INSST. Se trata de un procedimiento que guía el proyecto a través de un proceso de cuatro etapas: propuesta (aproximación al problema), investigación, creación y divulgación. En este informe técnico se expone el desarrollo de las dos primeras. A lo largo del proyecto se utilizan técnicas de creatividad y se analiza el objeto de estudio desde el enfoque del pensamiento sistémico³. En este caso, el tránsito por el método SIDIS ha sido acompañado por dos facilitadoras, encargadas de la gestión de las reuniones del equipo y de guiar el proyecto a través de las distintas etapas del modelo.

4.1. Fase de propuesta: aproximación al problema

El objetivo en esta primera fase era aproximarse al problema desde un punto de vista sistémico, a fin de disponer de una visión amplia de la realidad, e identificar aquellos aspectos en los que era necesario profundizar. Para ello, el equipo técnico analizó la situación desde diferentes perspectivas, en base a la información de la que se disponía en ese momento, a través de reuniones de trabajo en línea conducidas por el equipo de facilitadoras. Por una parte, se puso en común el conocimiento de las repercusiones sobre la salud mental de acontecimientos similares a los vividos durante la pandemia por parte del personal sanitario, poniendo el foco particularmente en el trastorno de estrés

² Disponible en <https://www.insst.es/documents/94886/613108/Modelo+SIDIN.pdf/90b3ce97-6779-4c8d-8cb3-590cfe4971a0>

³ El pensamiento sistémico y la teoría general de sistemas centran su foco en el sistema complejo como objeto que consta de varias partes que se relacionan entre sí. En el caso de la salud laboral el sistema se refiere al conjunto que forman el colectivo de trabajadores, el entorno laboral, las condiciones de trabajo, las herramientas y equipos que utilizan, las relaciones entre los miembros del colectivo y los colectivos con los que tiene relación por su trabajo, etc. Cuando se analiza con pensamiento sistémico una realidad concreta, como puede ser en este caso la sanitaria española en época de COVID, se estudia la complejidad del sistema y la interdependencia entre sus factores. Refleja el colectivo o colectivos que forman el sistema, su interrelación, sus condicionantes a la hora de desarrollar su labor de una u otra manera o cuáles son los patrones habituales de comportamiento. El instrumento que se usa en este trabajo para plasmar gráficamente de forma simplificada la realidad objeto de estudio es el diagrama o mapa sistémico. El mapa sistémico está vivo, no es una foto fija y, por otro lado, va introduciendo cambios a medida que el conocimiento del sistema evoluciona.

postraumático. Por otra parte, se analizaron las particularidades del sector sanitario y su estructura preventiva, así como los colectivos que formaban parte de él. Finalmente se examinó la situación que se estaba viviendo en el sector sanitario como consecuencia de la pandemia, tratando de identificar los factores relacionados con el problema objeto de estudio. A partir de estos análisis iniciales, las facilitadoras del proyecto plasmaron toda la información recogida en un primer **diagrama sistémico** ([Anexo 1](#)). Del mismo modo, como resultado de esta aproximación inicial, se elaboró un **diagrama de actores** ([Anexo 2](#)), en el que se reflejaron los diferentes agentes con alguna implicación en la prevención de riesgos psicosociales de los colectivos del ámbito sanitario.

El análisis general del problema nos permitió identificar aquellas áreas en las que la información disponible no era suficiente. Principalmente se pusieron de manifiesto cuatro necesidades:

1. confirmar la hipótesis de que el personal del ámbito sanitario se encontraba expuesto a factores particulares de riesgo psicosocial como consecuencia del trabajo durante la pandemia,
2. profundizar en el conocimiento de la realidad preventiva y de la gestión de los riesgos psi-

cosociales en el sector de la sanidad en España, tanto a nivel general como en la situación particular de crisis sanitaria,

3. ampliar el conocimiento de las consecuencias de acontecimientos traumáticos sobre el personal sanitario, así como de los posibles factores de riesgo y/o de protección,
4. conocer las intervenciones preventivas existentes en este ámbito.

A su vez, la identificación de estas necesidades dio lugar al planteamiento metodológico del proyecto a partir de tres fuentes de información: bibliográfica, estadística e informantes clave.

En esta primera fase se identificaron posibles contactos para el desarrollo del proyecto. A partir de ahí se planteó la distribución del trabajo en función de la especialización y experiencia de los miembros del equipo técnico y se planificó el cronograma del proyecto.

4.2. Fase de investigación

4.2.1. Explotación estadística

En primer lugar, se realizó una **explotación de datos estadísticos** a partir de los ficheros trimestrales de microdatos de la Encuesta de Población Activa

(EPA) del año 2019⁴. La EPA recoge información de diversas variables demográficas y de empleo que resultan muy interesantes en la descripción de colectivos de trabajadores.

Para el personal de hospitales se seleccionaron los registros que cumplían que la situación profesional del trabajador era “Asalariado del sector público” (variable SITU=7), la actividad económica principal del trabajador era “Actividades hospitalarias” (variable ACT=861), y los códigos de ocupación 211 “Médicos”, 212 “Profesionales de enfermería y partería”, 331 “Técnicos sanitarios de laboratorio, pruebas diagnósticas y prótesis”, 561 “Auxiliares de enfermería”, 562 “Técnicos auxiliares de farmacia y emergencias sanitarias y otros trabajadores de los cuidados a las personas en servicios de salud” y 921 “Personal de limpieza de oficinas, hoteles y otros establecimientos similares”.

La muestra de personal de centros médicos públicos (no hospitalarios) se seleccionó a partir de los registros que cumplían que la situación profesional del trabajador era “Asalariado del sector público” (variable SITU=7), la actividad económica

principal del trabajador era “Actividades médicas y odontológicas” (variable ACT=862), y los códigos de ocupación 211 “Médicos”, 212 “Profesionales de enfermería y partería”, 561 “Auxiliares de enfermería” y 562 “Técnicos auxiliares de farmacia y emergencias sanitarias y otros trabajadores de los cuidados a las personas en servicios de salud”.

En el caso particular del personal de limpieza en centros de salud, al tratarse de un colectivo que presta sus servicios mayoritariamente a través de empresas subcontratadas, se seleccionaron los registros que cumplían que la situación profesional del trabajador era “Asalariado del sector privado”, la actividad económica principal del trabajador era “Actividades médicas” (variable ACT=862) con código de ocupación 921 “Personal de limpieza de oficinas, hoteles y otros establecimientos similares”. En el caso del personal de limpieza en hospitales, al encontrarse en su mayoría contratadas a través de empresas externas, se seleccionaron los registros en los que la actividad económica principal del trabajador era “Actividades hospitalarias” (variable ACT=861), y el código de ocupación 921 “Personal de lim-

⁴ La EPA es una de las operaciones estadísticas aprobadas en el Plan Estadístico Nacional 2017-2020, enmarcada en el tema “Mercado laboral y salarios”, siendo el responsable de su elaboración el Instituto Nacional de Estadística (INE). Se trata de una encuesta continua de periodicidad trimestral dirigida a población que reside en viviendas familiares de todo el territorio nacional. El muestreo es bietápico con estratificación en las unidades de primera etapa. Las unidades de primera etapa son las secciones censales y las de segunda etapa son las viviendas familiares habitadas. La recogida de datos se realiza a través de entrevista personal y telefónica.

pieza de oficinas, hoteles y otros establecimientos similares”.

4.2.2. Búsqueda bibliográfica

La finalidad del análisis bibliográfico era recopilar información teórica en materia de exposición laboral a acontecimientos traumáticos y crisis sanitarias. A fin de cubrir la totalidad de aspectos sobre los que se precisaba ampliar el conocimiento, se definieron las primeras preguntas genéricas que después se convertirían en preguntas de investigación: ¿Qué le ocurre al personal sanitario a nivel psicosocial tras su implicación en una situación de crisis?; ¿cuáles son los efectos psicológicos emo-

cionales?; ¿es el estrés postraumático uno de los efectos más importantes en estas situaciones?; ¿cuáles son y han sido las estrategias de intervención preventiva ante estas situaciones de crisis?; en el ámbito psicosocial, ¿cómo han enfrentado las crisis en el pasado otros colectivos como bomberos, policías, etc.?; en el ámbito psicosocial, ¿qué está ocurriendo entre los sanitarios de China en relación con la crisis COVID-19?

Las preguntas de investigación definitivas se organizaron en dos bloques: el trastorno de estrés postraumático y las intervenciones preventivas. Los criterios de inclusión y exclusión aplicados a los resultados de búsqueda de cada bloque se encuentran recogidos en la [tabla 1](#).

Tabla 1
Criterios de inclusión y exclusión del análisis bibliográfico

	BLOQUE 1	BLOQUE 2
INCLUSIÓN	Artículos relacionados con el trastorno de estrés postraumático. Efectos de acontecimientos traumáticos sobre colectivos profesionales.	Intervenciones preventivas tras emergencias o pandemias. Intervenciones dirigidas a profesionales por otros profesionales.
EXCLUSIÓN	Efectos biológicos del trastorno de estrés postraumático. Contextos bélicos. Efectos de acontecimientos traumáticos sobre víctimas (colectivos no profesionales).	Intervenciones dirigidas a víctimas. Intervenciones llevadas a cabo por familiares de los profesionales. Intervenciones farmacológicas.

Primer bloque: Trastorno de estrés postraumático.

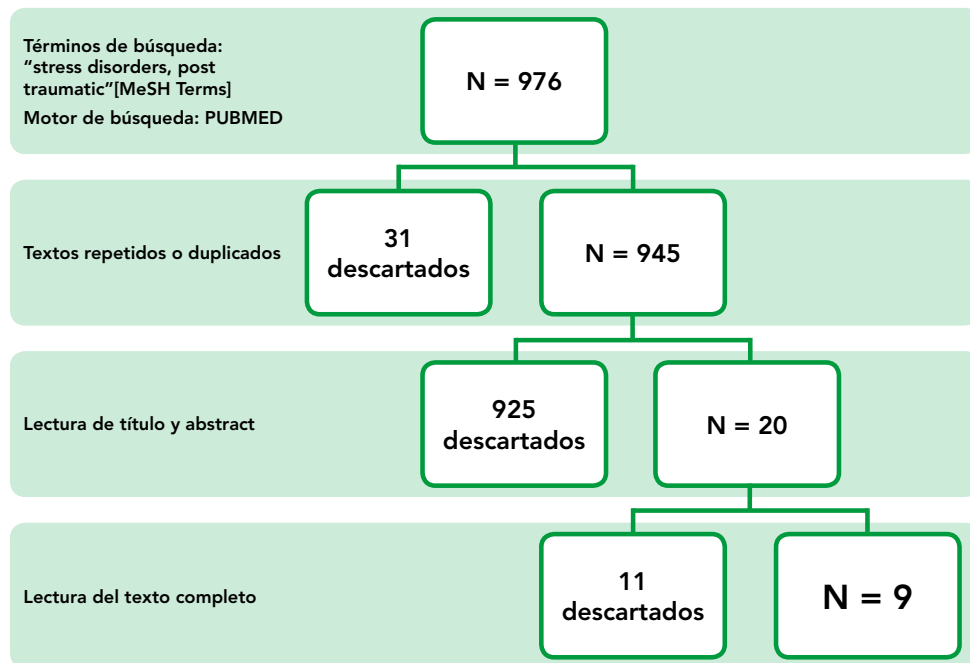
¿Cuál es el grado de afectación por estrés postraumático entre el personal sanitario? ¿Cómo afecta el estrés postraumático al personal sanitario en una crisis pandémica? ¿Cómo le han afectado al personal sanitario las crisis pandémicas anteriores como el SARS?

A partir de ellas se definieron los términos a utilizar en las búsquedas bibliográficas y se planificaron tres estrategias de búsqueda dirigidas a conocer tanto las repercusiones de la exposición laboral a acontecimientos traumáticos como las intervenciones preventivas desarrolladas.

En una primera búsqueda general interesaba conocer la respuesta de estrés postraumático de diferentes colectivos profesionales como consecuencia del trabajo en otras situaciones de crisis.

Esta primera estrategia se realizó con el motor de búsqueda Pubmed, mediante la utilización de los descriptores o términos MeSH, y el término de búsqueda utilizado fue: "stress disorders, post traumatic" [MeSH Terms]. Se obtuvieron 976 resultados, de los que quedaron un total de 945 tras filtrar los repetidos. Tras leer los títulos y abstracts de los 945 artículos, se descartaron todos aquellos en los que no aparecían situaciones originadas por crisis o acontecimientos traumáticos de características similares a la actual situación derivada del coronavirus. Igualmente se eliminaron aquellos trabajos en los que no se disponía de suficiente información sobre el acontecimiento traumático. Después de aplicar este primer filtro se mantuvieron 20 resultados. Tras la lectura de los artículos completos y la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 9 artículos relevantes (ver Ilustración 1).

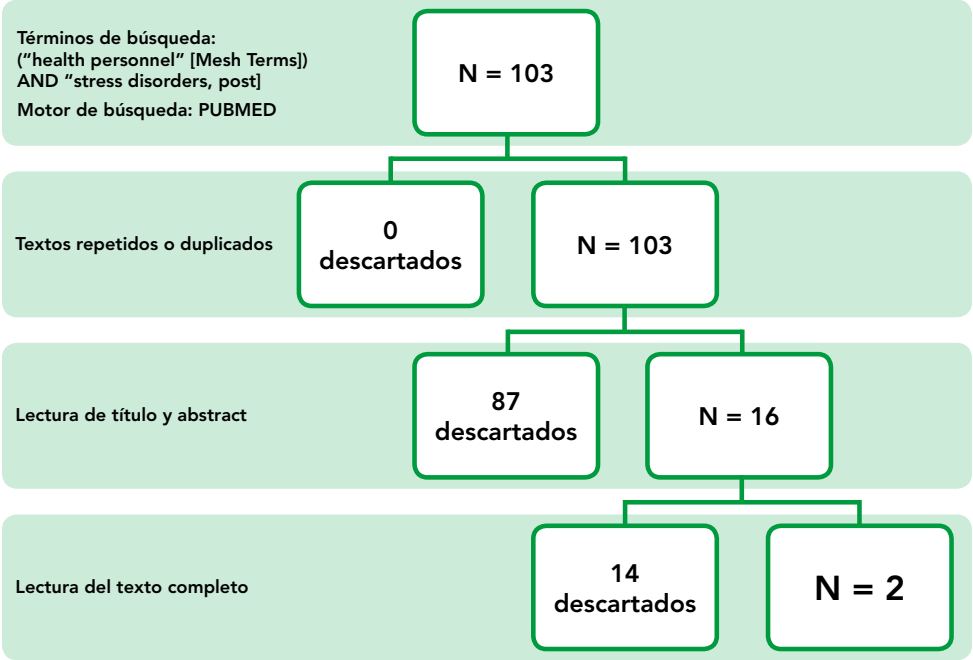
Ilustración 1
Búsqueda bibliográfica: Bloque 1; Estrategia 1



Tras la primera experiencia de búsqueda, la segunda estrategia se acotó al trastorno de estrés post-traumático en colectivos del ámbito sanitario. Se utilizó el motor de búsqueda Pubmed mediante la siguiente cadena de búsqueda: ("health personnel" [MeSH Terms]) AND "stress disorders, post traumatic" [MeSH Terms]. De esta estrategia se obtuvieron 103 resultados, descartando en un primer filtro todos

aquellos que no hacían referencia a una situación de crisis sanitaria o pandemia, así como aquellos que no hacían alusión al estrés postraumático de manera específica. Después de este primer filtro se mantuvieron 16 resultados, manteniéndose finalmente 2 artículos con la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, tras la lectura de los textos completos (ver Ilustración 2).

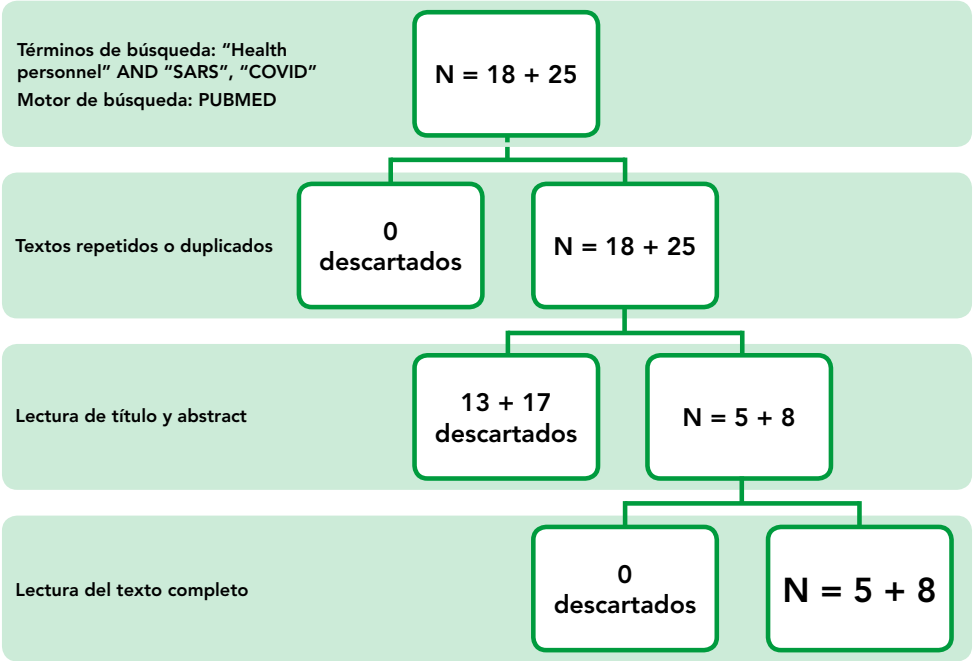
Ilustración 2
Búsqueda bibliográfica: Bloque 1; Estrategia 2



Por otra parte, interesaba conocer lo que estaba ocurriendo en países como China y la gestión de la situación de crisis por COVID-19 en relación con el impacto psicosocial sobre los colectivos del ámbito sanitario. Igualmente, se consideró relevante conocer lo que había ocurrido en pandemias similares, como la ocasionada por el SARS. Para ello, y con el objetivo de ampliar la búsqueda en más bases de datos bibliográficos, se planificó una es-

trategia mediante dos motores de búsqueda: Scopus y Web of Science, utilizando como cadena de búsqueda "Health Personnel" AND "SARS", "COVID". De esta estrategia se obtuvieron 18 y 25 resultados respectivamente. Tras la lectura de título y abstract se conservaron 5 artículos de Scopus y 8 de Web of Science, que se mantuvieron una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión, tras la lectura del texto completo (ver Ilustración 3).

Ilustración 3
Búsqueda bibliográfica: Bloque 1; Estrategia 3



Dentro de este primer bloque, también se realizó una búsqueda de literatura gris mediante el motor de búsqueda de Google y en distintos sitios web⁵, con el objetivo de conocer cómo se habían gestionado pan-

demias o crisis similares y cuáles eran los efectos psicosociales en el personal sanitario. De esta búsqueda se obtuvieron 41 resultados, de los que se mantuvieron 8 tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión.

⁵ Consejo General de la Psicología de España, National Institute of Mental Health, Center for the Study of Traumatic Stress, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, American Psychiatric Association, Sociedad Española de Cuidados Paliativos, Intensive Care Society, Sociedad Española de Psiquiatría, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Colegio Oficial de la Psicología de Madrid, Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Oriental, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Servicio Andaluz de Salud, Asociación de Sanitarios de Bomberos de España, REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA, Revista Clínica y Salud

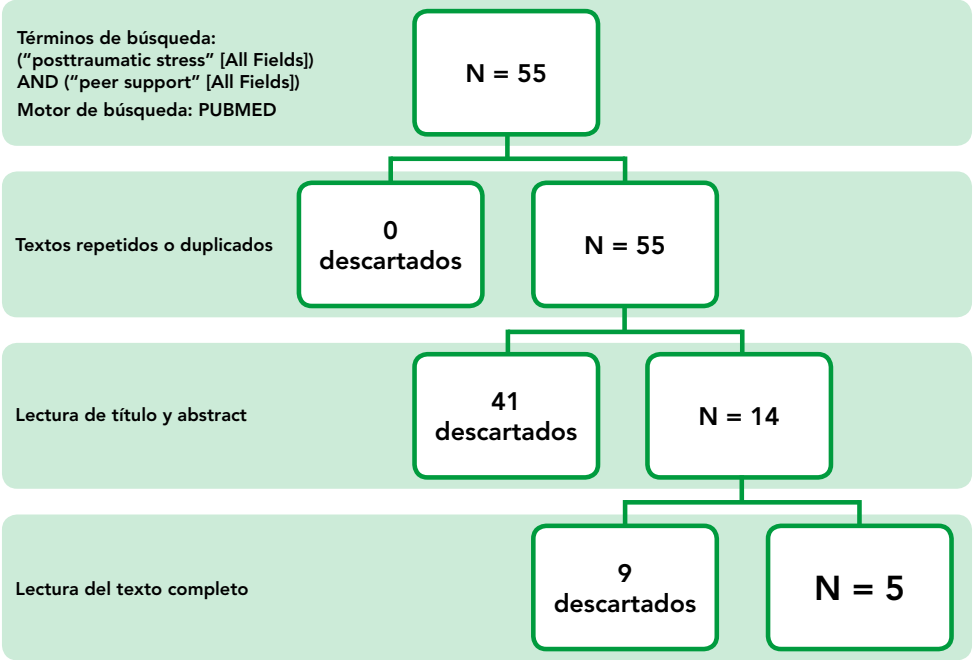
Segundo bloque: Intervenciones preventivas.

Preguntas de investigación: ¿Cómo han funcionado las intervenciones, y en concreto, el apoyo entre pares, en acontecimientos traumáticos en el entorno laboral sanitario?

Con la finalidad de conocer las intervenciones preventivas desarrolladas frente a los acontecimientos traumáticos en el entorno laboral, se realizó una nueva estrategia de búsqueda a través de Pubmed. Tras el análisis de la literatura obtenida en el anterior bloque, se consideró que resultaban de especial interés las intervenciones

basadas en apoyo entre pares. Por este motivo, los descriptores utilizados fueron ("posttraumatic stress" [All Fields]) AND ("peer support" [All Fields]). De esta estrategia se obtuvieron 55 resultados, a los que se les aplicó un primer filtro en función de si las intervenciones estaban dirigidas a profesionales (no víctimas) y si el apoyo se realizaba por parte de compañeros de trabajo (no de familiares). Después de aplicar este primer filtro se mantuvieron 14 artículos. Después de leer el texto del artículo completo y aplicar criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 5 (ver ilustración 4).

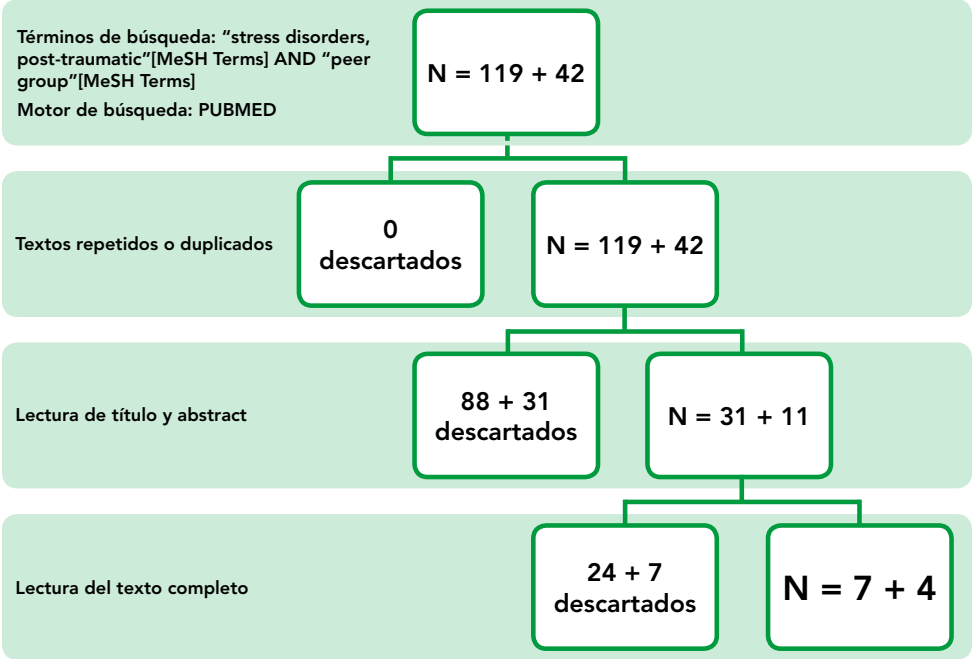
Ilustración 4
Búsqueda bibliográfica: Bloque 2; Estrategia 4



En la misma línea, se realizó una nueva búsqueda a través de Pubmed con los términos "stress disorders, post-traumatic" [MeSH Terms] AND "peer group" [MeSH Terms]. De esta estrategia se obtuvieron 119 resultados a los que se les aplicó el mismo filtro que en la cuarta estrategia. Se obtuvieron 31 resultados. Tras leer el texto completo

y aplicar los criterios de inclusión y exclusión se mantuvieron 7 resultados. Esta estrategia se replicó con los mismos términos con el motor de búsqueda Scopus. De los 42 resultados obtenidos, se seleccionaron 11 tras el primer filtro, de los que se mantuvieron 4 relevantes para el proyecto (ver Ilustración 5).

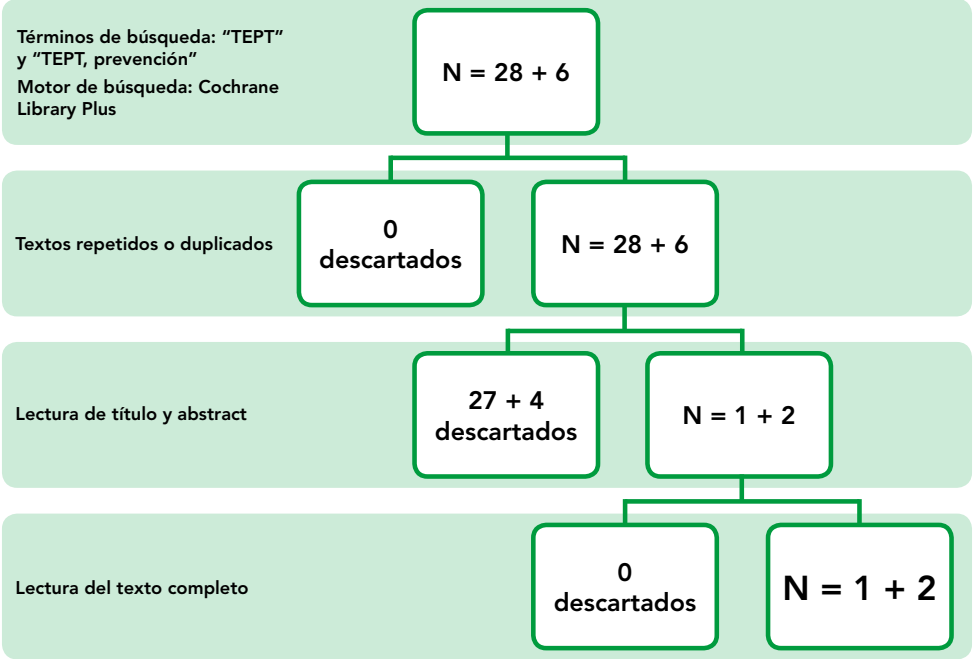
Ilustración 5
Búsqueda bibliográfica: Bloque 2; Estrategia 5



Para completar los resultados, se realizó una búsqueda en Cochrane Library Plus a través de dos estrategias con los términos "TEPT" y "TEPT, prevención" respectivamente, de la que resultaron 34 revisiones bibliográficas. De ellas se seleccionaron 3 relevantes tras la aplicación de los criterios de inclusión/exclusión (ver Ilustración 6).

En este bloque de estrategias de intervención preventiva también se realizó una búsqueda de literatura gris mediante el motor de búsqueda de Google en el que se obtuvieron 7 resultados, uno de ellos relevante para nuestro objeto de estudio.

Ilustración 6
Búsqueda bibliográfica: Bloque 2; Estrategia 6



4.2.3. Entrevistas semiestructuradas

En la planificación de las entrevistas semiestructuradas se definieron todas aquellas áreas en las que se necesitaba recopilar información sobre la realidad del sistema objeto de estudio. Se decidió utilizar la técnica de entrevista semiestructurada.

Teniendo en cuenta los principales hallazgos de la revisión bibliográfica y el conocimiento previo del que se disponía, se elaboró un listado de objetivos a satisfacer con las entrevistas y de grupos susceptibles de ser entrevistados (ver [tabla 2](#)). Por una parte, se identificó como grupo prioritario el colectivo de trabajadores y trabajadoras de primera línea

del sector sanitario, en particular profesionales de medicina, enfermería, personal auxiliar (auxiliares de enfermería y celadores/as) y personal de limpieza. Se vio igualmente la necesidad de recopilar información de miembros de los servicios de prevención, tanto del área técnica como de vigilancia de la salud, y personal perteneciente a los órganos directivos de los centros sanitarios. También se consideró interesante recoger información prove-

niente de profesionales de asistencia psicológica al personal de los centros sanitarios, así como de personas expertas en intervención psicológica en situaciones de crisis. Cada uno de estos grupos de informantes clave se consideró como un perfil de estudio independiente y se elaboraron por tanto diferentes guiones de entrevista, estructurados sobre la base de las preguntas de investigación y los objetivos del proyecto.

Tabla 2
Objetivos de las entrevistas por colectivos

COLECTIVO	OBJETIVOS DE LA ENTREVISTA
Personal de primera línea	Profundizar en el conocimiento de la situación en la que se encuentran en términos de exposición a riesgos psicosociales.
	Conocer cómo se relacionan con los servicios de ayuda y sus proveedores.
	Conocer qué ha ocurrido después de otras situaciones de crisis similares.
	Obtener información que permita elaborar el arquetipo ⁶ del/la trabajador/a.
Personal de los servicios de prevención	Conocer las particularidades del sistema en el que intervienen.
	Identificar cuál es su intervención habitual sobre los riesgos psicosociales.
	Identificar qué papel tienen los SP en la situación de crisis.
	Explorar sus expectativas y previsiones de futuro.
Personal directivo de los centros sanitarios	Conocer el sistema organizativo en el marco de la crisis sanitaria, el papel del SP y la intervención de otros organismos (CC.AA., ministerios, etc.).
	Explorar las acciones de apoyo a sanitarios que se han puesto en marcha.
	Identificar futuras actuaciones preventivas previstas en materia de riesgos psicosociales.
Profesionales de los servicios de atención psicológica	Obtener información que nos permita conocer la situación psicológica del personal sanitario en este momento.
	Conocer el pronóstico de evolución de la salud mental de los sanitarios una vez pasada la crisis sanitaria.
	Conocer la estructura organizativa en la que están interviniendo.
Expertos en situaciones de crisis / emergencias⁷	Conocer la estructura organizativa de intervenciones anteriores y su experiencia en otras situaciones similares de crisis.
	Conocer su opinión experta sobre el posible impacto de la situación de emergencia por la COVID-19 sobre el personal de primera línea a corto y medio plazo.
	Posibles opciones para la intervención preventiva.

⁶ Ver descripción en el apartado 4.4

⁷ Profesionales del ámbito de la salud psicosocial con experiencia previa en intervención en situaciones de crisis como atentados terroristas, catástrofes naturales, etc.

La selección de la muestra se realizó mediante muestreo teórico (5), estructurado de forma gradual a lo largo del proceso de investigación bajo criterios de relevancia de los casos. El muestreo se cerró aplicando el criterio de saturación teórica (5-7)⁸. El tamaño de la muestra no se definió previamente debido a que la finalidad era responder cualitativamente las preguntas de investigación y no la obtención de representación estadística. Teniendo en cuenta las dificultades de acceso al colectivo en la situación de emergencia sanitaria a la que estaban dando respuesta, la selección de informantes se hizo por muestreo incidental o no probabilístico, bajo criterios de heterogeneidad y accesibilidad, mediante la técnica de bola de nieve. Para minimizar el posible “sesgo de comunidad” asociado a este tipo de muestreo, se seleccionó una muestra inicial de individuos no conectados entre sí, pertenecientes a diferentes categorías profesionales y centros de trabajo. La experta en intervención en emergencias fue seleccionada intencionalmente por su experiencia en gestión de anteriores situaciones de crisis y por la intervención activa que estaba desarrollando en la actual. En relación con el

personal de centros sanitarios, se identificaron tres posibles lugares de trabajo con características particulares: hospitales, centros de atención primaria y hospitales de campaña. Por cuestiones de facilidad de acceso, la totalidad de las entrevistas se realizó a profesionales del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. Las entrevistas al personal de los Servicios de Prevención también trataron de cubrir los diferentes perfiles existentes en el marco sanitario público: centros hospitalarios pequeños, grandes y centros de atención primaria.

Se realizaron en total 42 entrevistas (ver [tabla 3](#)), de entre una y dos horas de duración, en los meses de abril y mayo de 2020. Debido a la situación de confinamiento las entrevistas se realizaron por medios telemáticos (teléfono o videoconferencia) por parte de dos miembros del equipo técnico con formación y experiencia en la aplicación de la técnica. Las entrevistas por video-llamada fueron grabadas (con consentimiento previo) para facilitar la transcripción y análisis de la información. El resto se fueron transcribiendo a lo largo del desarrollo de la conversación.

⁸ El muestreo teórico es el proceso de recogida de datos para generar teoría por medio del cual el analista recoge, codifica y analiza sus datos conjuntamente y decide qué datos recoger después y dónde encontrarlos, para desarrollar su teoría a medida que surge (Glaser & Strauss, 1967, cit. en Flick 2012, p. 78). La Saturación Teórica es el punto al que se llega cuando “la información recogida resulta sobrada en relación con los objetivos de investigación”. Esto es, nuevas entrevistas no añaden nada relevante a lo conocido” (Vallés 2009, p. 68). (7. Hernández RM. La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada. Cuestiones pedagógicas: Revista de ciencias de la educación 2014. p. 187-210.

Tabla 3
Número de entrevistas realizadas por colectivo y puesto

COLECTIVO	PUESTO	NÚMERO
Personal de sanidad en primera línea	Personal médico	12
	Personal de enfermería	8
	Personal auxiliar de enfermería	2
	Personal celador	2
	Personal de limpieza	1
	Personal de fisioterapia	1
Servicios de prevención	Personal medicina de trabajo	2
	Personal técnico de hospital	5
	Personal técnico de Primaria	2
Profesionales de atención psicológica	Coordinador apoyo psicosocial Primaria	1
	Psiquiatra hospital	1
Órganos directivos u organizativos	Gerencia hospital	1
	Dirección de enfermería hospital	1
	Medicina preventiva hospital	2
Profesionales expertos en emergencias	Experta en emergencias Colegio de la Psicología de Madrid	1
Total de entrevistas realizadas		42

El contenido de las entrevistas fue transcrito y sometido a análisis de contenido. Partiendo de la estructura previamente elaborada en los guiones de entrevista, el corpus de testimonios obtenido se categorizó y conceptualizó para su análisis descriptivo en cinco bloques: funcionamiento de los servicios de prevención, impacto de la crisis sanitaria (sobre las organizaciones y sobre las perso-

nas), recursos de ayuda psicológica y perspectiva de futuro. Para asegurar la calidad de los datos se hizo triangulación de investigadoras. Para la presentación de los resultados en este informe se citan algunos fragmentos de las entrevistas. Al final de cada cita hay un código que identifica la profesión y organización a la que pertenece cada informante.

4.3. Diagrama sistémico

Toda la información recogida durante las fases de aproximación e investigación fue analizada para su plasmación en un nuevo diagrama sistémico⁹ (Anexo 3), lo que supuso una representación visual más completa que la inicial.

Las personas encargadas de la facilitación del proyecto fueron las responsables de recoger, a partir de varias reuniones de trabajo, la información obtenida por el equipo técnico: primero en la etapa de aproximación y posteriormente en la etapa de investigación. Más adelante, las personas facilita-

doras elaboraron el diagrama sistémico con la información reunida. Para la representación gráfica se utilizó la aplicación informática en línea “Kumu”. Tras la elaboración de cada uno de los diagramas se cotejó su ajuste a la realidad estudiada en sendas reuniones de contraste con el grupo técnico.

El análisis de la realidad objeto de estudio mediante el diagrama sistémico permitió extraer los factores centrales relacionados con la exposición del personal a riesgos psicosociales durante la crisis sanitaria, la relación entre ellos y las estructuras subyacentes del sistema. Así, se identificaron los puntos de palanca del sistema: aquellos sobre los

⁹ Un diagrama sistémico representa las relaciones que se producen entre las variables que describen la dinámica de un sistema. Esta representación gráfica consta de varios elementos. Por un lado, están los **factores o variables** que influyen en el sistema, como por ejemplo “*el número de sanitarios contratados*” o “*las bajas médicas*” de los mismos sanitarios. Están representados dentro de círculos y unidos por flechas. Por otro lado, las **relaciones** que se establecen entre los factores, que pueden ser directas (el incremento de uno da lugar al incremento de otro) o inversas (el incremento de un factor produce la disminución del otro). En el caso de las relaciones directamente proporcionales, o los dos factores crecen (a mayor factor A mayor factor B), o los dos factores decrecen (a menor factor A menor factor B). En el caso de una relación inversamente proporcional uno de los factores crece y el otro decrece: a mayor factor A, menor factor B, o a menor factor A, mayor factor B. Un ejemplo de relación directa entre factores en el diagrama lo representa el hecho de que el incremento del factor “*patologías psíquicas*” aumenta el factor “*bajas laborales*”. En el caso de la relación inversa, un ejemplo sería que un aumento del factor “*bajas laborales*” da lugar a una reducción del factor “*recursos humanos*”. La relación directamente proporcional se representa con una flecha azul y un signo “+” sobre la flecha. En el caso de una relación inversa, se representa en el diagrama con una flecha roja y un signo “-”.

En ocasiones las relaciones entre variables pueden acabar formando un bucle de interrelación. Esto implica que, tras una o varias relaciones, la última variable se relaciona con la primera formando un bucle. Cuando esto sucede se dice que las variables se retroalimentan. Los bucles pueden ser de dos tipos:

1. Los positivos o reforzadores que producen un efecto de crecimiento o decrecimiento. Un ejemplo de esta dinámica es la de una bola de nieve cayendo por una ladera. A medida que va bajando la colina se va haciendo más y más grande. Este tipo de bucles se producen si todas las relaciones entre las variables son positivas o si el número de relaciones negativas existentes en el bucle son en número par.
2. Los negativos o compensadores que producen un equilibrio. Un ejemplo de esta dinámica sería el funcionamiento de un termostato que mantiene la temperatura de un sistema. Las variaciones de temperatura en el sistema serán muy pequeñas manteniéndose bastante estable. Este tipo de bucles se producen cuando encontramos un número impar de relaciones negativas.

que al actuar con intervenciones concisas y bien focalizadas se obtendrían resultados eficaces y duraderos. Es importante señalar que las actuaciones deben ejercerse sobre varios puntos palanca del sistema para que se produzca un cambio real en su mecanismo de actuación.

4.4. Arquetipos

Para dar cumplimiento a los objetivos particulares nº 4 y 5, relacionados con el desarrollo de herramientas e instrumentos para la prevención de los riesgos psicosociales, se utilizó la técnica de los arquetipos¹⁰ como recurso para la investigación de usuarios. Se trata de un instrumento que permite adaptar el producto preventivo¹¹ elaborado al colectivo al que va dirigido. En este caso selecciona las intervenciones psicosociales más eficaces para cada arquetipo. La elaboración de los arquetipos implicó, en primer lugar, la identificación de las áreas de información relevantes para adaptar los

productos preventivos a sus potenciales usuarios. Éstas fueron:

1. Las relacionadas con los aspectos personales: características personales, metas, valores profesionales, y aspectos de la vida personal.
2. Las relacionadas con las necesidades de los posibles productos preventivos: lo que las personas trabajadoras están dispuestas a hacer, las necesidades que manifiestan, los miedos o preocupaciones que reflejan, y las objeciones a los productos.

Esta información se obtuvo de las entrevistas, dentro de cuyos guiones se diseñó un bloque de preguntas dirigido específicamente a tal fin. Además, para la elaboración de los arquetipos se tuvieron en cuenta los resultados más relevantes de la explotación estadística y de la revisión bibliográfica, en particular todos aquellos que permitían caracterizar al personal de los centros sanitarios objeto

¹⁰ Un arquetipo es una representación simplificada del trabajador/a tipo del colectivo sanitario al que ponemos cara. No es una persona concreta, sino un modelo general. Está basado en información real, no inventada ni basada en una fantasía de cómo el investigador ve la realidad del colectivo. Conocemos sus datos colectivos básicos, sabemos por qué permanecen en su puesto de trabajo o por qué quieren salir de él, sus necesidades actuales respecto a los factores psicosociales desencadenados por la crisis de la COVID, su relación con sus compañeros y jefes, sus deseos, sueños o motivaciones de futuro, sus frustraciones en el trabajo y sus intereses personales. Los arquetipos de las personas trabajadoras sirven para definir, en función de sus necesidades y el grado de afectación por el problema, el producto preventivo que necesitan.

¹¹ El producto preventivo es un instrumento o herramienta que puede adoptar diversas formas (un informe, una NTP, un cartel, una aplicación para el móvil, una encuesta, una guía de buenas prácticas, una campaña, una cuña de radio, un vídeo, un discurso,) y que está destinado a informar y sensibilizar al colectivo diana con el fin de evitar, eliminar, disminuir o aminorar un riesgo laboral.

de estudio. Todo ello permitió al equipo disponer de un conocimiento más amplio de la situación del personal del ámbito sanitario en relación con el trabajo durante la pandemia, mediante la creación de una imagen general del sistema en el que se relacionan, así como diversas imágenes de los aspectos más personales: sus miedos, deseos, frustraciones, relaciones interpersonales, etc.

La clasificación de arquetipos se realiza en función de factores resultantes de la investigación por lo

que puede abarcar a grupos con distintas características sociodemográficas como la edad, la antigüedad en el puesto, el sexo, etc.

El análisis de la información se realizó por parte de todo el equipo técnico a través de una reunión creativa organizada por el equipo de facilitación del proyecto. El desarrollo de la reunión permitió identificar los aspectos determinantes en el uso de los servicios preventivos de intervención psicosocial en situaciones de crisis.

Estudio de situación de los riesgos psicosociales en el personal de centros sanitarios: impacto de la pandemia por COVID-19

RESULTADOS

A photograph of a healthcare worker in full personal protective equipment (PPE), including a blue surgical cap, clear face shield, white N95 mask, and blue gloves, attending to a patient lying in a hospital bed. The worker is wearing a blue gown. The patient has long brown hair and is wearing a pink shirt. The background shows medical equipment and a hospital room setting. A green semi-transparent overlay covers the left side of the image, and the word 'RESULTADOS' is written in white capital letters on this overlay.

5. Resultados

5.1. Análisis estadístico

El análisis estadístico ha permitido la caracterización del colectivo de profesionales objeto de estudio en cuanto a variables sociodemográficas y de empleo. De entre las primeras, en cuanto a profesionales de **hospitales públicos** (según datos de la EPA del año 2019) cabe destacar:

- el análisis de la población por profesiones indica que está compuesta mayoritariamente por profesionales de enfermería (un 38,3%), y auxiliares de enfermería (23%) y profesionales de la medicina (23%) en porcentajes iguales.
- en relación con el colectivo de especialistas en medicina, está formado por un 60,1% de mujeres y un 39,9% de varones, con una media de edad de 42 años, siendo la franja de edad mayoritaria entre 25 y 44 años (el 58%) y principalmente de nacionalidad española (85,4%). En cuanto al nivel académico, tienen enseñanzas universitarias de 1er y 2º ciclo o equivalentes (como licenciatura) el 85,2% y de doctorado el 14,8%;
- el colectivo de enfermería está formado por un 83,1% de mujeres y un 16,9% de varones, con una media de edad 43 años, el 57,7% tiene

entre 20 y 44 años y mayoritariamente tienen nacionalidad española (97,5%). En cuanto a sus estudios, tienen enseñanzas universitarias de 1er ciclo y equivalentes (como diplomatura) el 85,7%, enseñanzas universitarias de 1er y 2º ciclo o equivalentes (como licenciatura) el 13,3%, FP grado superior y equivalente o títulos propios universitarios mayor de 2 años el 0,7% y estudios de doctorado universitario el 0,3%;

- dentro del colectivo de auxiliares de enfermería el 90,9% del colectivo está formado por mujeres y el 9,1% son varones, de edad más avanzada que en los casos anteriores (entre 50 y 69 años el 59%) con una media de edad de 49 años y mayoritariamente de nacionalidad española (98%). En cuanto a sus estudios, tienen de manera preeminente la segunda etapa de educación secundaria el 70,8% y el FP grado superior y equivalente o títulos propios universitarios de menos de dos años el 22,8%.

En relación con las variables de empleo del personal de hospitales, en el caso de los tres colectivos la administración contratante es la Comunidad Autónoma. Existe predominancia de contratación indefinida (entre el 50 y el 60%) y la antigüedad media en el puesto es de entre

12 y 21 años, con casi un tercio de profesionales en la etapa formativa (cursando el MIR). Existen, sin embargo, diferencias en cuanto a la modalidad del contrato temporal más habitual, siendo el contrato en prácticas en el caso del colectivo médico, y la cobertura de ausencias en los colectivos de enfermería y auxiliares de enfermería.

En el caso del **personal de limpieza** no se ha podido distinguir entre hospitales públicos y privados, puesto que pueden estar contratadas por una empresa pública o una empresa privada que da servicio a un hospital público, por lo que en este análisis se ofrecen los datos conjuntos de este colectivo en hospitales públicos y privados. El colectivo está formado principalmente por mujeres (94,3%), mayoritariamente de entre 45 y 64 años (71%), siendo la edad media de 47 años, y la mayoría de nacionalidad española (78,2%). En cuanto a sus estudios, tienen la primera etapa de educación secundaria el 65,6% y la segunda etapa de educación secundaria el 21,1%. Se encuentran contratadas de manera indefinida en un 60,1% y el contrato temporal más habitual es el que cubre una ausencia (45,7%). La antigüedad media en el puesto es de 11,2 años, quedando distribuidas en dos grupos mayoritarios, un 21,1% tienen una antigüedad menor de 6 meses y un 46,9%, más de 10 años.

En cuanto al personal de **centros médicos públicos**:

- el análisis por profesiones indica que el colectivo mayoritario es el de profesionales de la medicina (45,8%) seguido por el de profesionales de enfermería (38,3%). En este caso, el colectivo de auxiliares de enfermería representa un 6,8%.
- en relación con el colectivo de profesionales de medicina, el 62% está formado por mujeres y el 38% son varones, con una media de edad de 50 años, de entre 45 y 69 años (el 66%) y son mayoritariamente de nacionalidad española (95,2%). En cuanto a nivel académico, tienen estudios de enseñanzas universitarias de 1er y 2º ciclo o equivalentes (como licenciatura) el 90,8% y de doctorado el 9%.
- el colectivo de enfermería está formado por un 83,5% de mujeres y un 16,5% de varones, con 46 años de edad media, de entre 25 y 49 años de edad (el 55,4%) y mayoritariamente de nacionalidad española (98,4%). En cuanto a sus estudios, tienen enseñanzas universitarias de 1er ciclo y equivalentes (como diplomatura) el 85,3%, enseñanzas universitarias de 1er y 2º ciclo o equivalentes (como licenciatura) el 13,1% y estudios de doctorado universitario el 1,4%.
- dentro del colectivo de auxiliares de enfermería el 95,9% del colectivo está formado por mujeres y el 4,1% son varones, son de edad más avanzada que los grupos anteriores con 53 años de media (entre 50 y 64 años el 74,8%) y son en su

totalidad de nacionalidad española (100%). En cuanto a sus estudios, tienen mayoritariamente la segunda etapa de educación secundaria (59,5%) y FP o grado superior equivalente o títulos propios universitarios superiores a 2 años (el 30,4%).

En relación con las variables de empleo del personal de centros médicos, en el caso de los tres colectivos la administración contratante es la Comunidad Autónoma. Existe predominancia de contratación indefinida (entre el 61 y el 73%) y la antigüedad media en el puesto es de entre 19 y 24 años entre profesionales de la medicina y la enfermería, siendo superior a 30 años en más del 50% del personal auxiliar de enfermería. En todos los casos, el contrato temporal más habitual es el que cubre una ausencia total o parcial de otra persona trabajadora (entre el 50 y el 90%).

En el caso del **personal de limpieza** en centros de salud tanto públicos como privados, el colectivo está formado en su totalidad por mujeres (100%), con edad media de 51 años, siendo el grupo de entre 50 y 64 años el mayoritario con un 61,4% y de nacionalidad española (55,9%) o con doble nacionalidad en un 24,1%. En cuanto a sus estudios, tienen la primera etapa de educación secundaria el 54,4% y la segunda etapa de educación secundaria el 41,2%. Se encuentran contratadas de manera indefinida en un 75,4% y el contrato temporal

más habitual es el contrato por obra o servicio determinado (58,6%). La antigüedad media en el puesto es de 7 años y medio. Un 41,1% de ellas permanecen en su puesto desde hace más de 10 años, mientras que el 52% lleva menos de 5 años.

5.2. Revisión bibliográfica

En cuanto a la búsqueda bibliográfica, los resultados obtenidos a partir de las diversas estrategias de búsqueda se muestran en la [tabla 5](#).

Primer bloque: Trastorno de estrés postraumático.

Poniendo el foco en el **tipo de acontecimiento traumático**:

- Hay numerosos estudios sobre estrés postraumático en relación con acontecimientos como atentados terroristas o catástrofes naturales. Sin embargo, la bibliografía (en el momento en el que se realizó el presente estudio) es menos extensa en lo referido a estrés postraumático relacionado con brotes epidémicos.
- En relación con el colectivo objeto de estudio, el interés se ha centrado, principalmente, en víctimas de acontecimientos traumáticos y no tanto en profesionales intervinientes.
- Dentro de las investigaciones sobre estos últimos, encontramos numerosa bibliografía sobre

colectivos como policías y militares, particularmente ex combatientes y veteranos de guerra. Los estudios sobre personal sanitario son menos numerosos.

En términos generales, la búsqueda bibliográfica ha evidenciado que las respuestas psicológicas y físicas a los eventos traumáticos dependen de diversos factores. El contexto social del evento, aspectos genéticos y biológicos, y experiencias y expectativas pasadas, tienen un papel moderador al interactuar con las características del evento traumático (causas, intensidad, duración...) y dar lugar a distintas respuestas comportamentales (8). En relación con los factores moderadores:

- Una revisión sistemática rápida y metaanálisis sobre el impacto de los brotes epidémicos en la salud mental de los trabajadores sanitarios identifica, en base a 37 estudios, los factores asociados con la probabilidad de desarrollar esos problemas, incluidos los sociodemográficos (edad más joven y género femenino), sociales (falta de apoyo social, rechazo social o aislamiento, estigmatización) y ocupacionales (trabajo en un entorno de alto riesgo, como es el caso del personal de primera línea, roles ocupacionales específicos, por ejemplo, enfermería, y niveles más bajos de capacitación especializada, preparación y experiencia laboral) (8).
- En una revisión bibliográfica, Benedek (9) analiza las consecuencias para la salud mental de primeros intervinientes (sanitarios y no sanitarios) en catástrofes naturales y provocadas por el hombre, concluyendo que el rango y la gravedad de las respuestas psicológicas varían con las características del desastre, las características personales del profesional y la experiencia anterior con acontecimientos traumáticos. También se relaciona con el entrenamiento y con los eventos posteriores al suceso, así como con el soporte disponible en esos momentos. Indica además la necesidad de más investigación para identificar aquellos factores que pueden predecir mejor las secuelas de la exposición al trauma. De cualquier modo, el estudio señala que se necesita más investigación sobre estrategias y tratamientos preventivos.
- Por otra parte, otro estudio realizado sobre una muestra de 549 empleados de un hospital de Beijing afectado por el brote de SARS, señala como factores moderadores del riesgo de sufrir estrés laboral el aislamiento social por el hecho de trabajar con mascarilla, la hipervigilancia de sus propios síntomas durante el día y la asignación de tareas desconocidas. Los cambios en la carga de trabajo también se asociaron con sentir más estrés laboral, particularmente aumentos en la carga de trabajo y las horas extras, como concluyen varios estudios que analiza Maunder, (10).

- El apoyo social es conocido por ser uno de los amortiguadores más efectivos contra los efectos adversos del estrés vital, por lo que los efectos aislantes del SARS pueden haber sido su principal característica de riesgo psicosocial (10).

En este marco de **crisis epidémicas**, algunos estudios han analizado las repercusiones sobre la salud mental del personal del ámbito sanitario expuesto:

- Un grupo de investigadores realizó un estudio sobre la prevalencia de morbilidad psiquiátrica y la adaptación psicológica de las enfermeras en una unidad de SARS tras el brote de 2003 en Taiwán. Se encontró que aproximadamente una tercera parte de las enfermeras que atendieron a pacientes con SARS desarrolló depresión sintomática, TEPT e insomnio, en contraste con la menor prevalencia de estos problemas en enfermeras no pertenecientes a la unidad de SARS; además se observaron alteraciones del sueño. Se vio también que trabajar en unidades de SARS era el principal factor de riesgo para la aparición de síntomas anímicos e insomnio, así como tener antecedentes de trastorno del estado de ánimo y una edad menor de 30 años, que pueden ser factores predictores de depresión, síntomas de estrés postraumático y trastornos del sueño (11).
- En la revisión bibliográfica de Maunder (10) sobre la epidemia de SARS de 2003 en Toronto se concluye que los factores de estrés particulares de esta crisis sobre el personal sanitario (el estigma social, las dificultades para la comunicación debidas al uso de equipos de protección individual o la evitación del contacto social) tienen en común el potencial para aumentar la sensación de aislamiento de los compañeros, la familia o la comunidad.
- Shalev, en un estudio sobre los retos y oportunidades de la COVID-19 (12), analiza datos de trabajadores y trabajadoras de atención médica en la epidemia temprana de VIH, el SARS, el Ébola y otras epidemias. En base a estos datos, el estudio concluye que el trabajo en primera línea tiene importantes repercusiones psiquiátricas, como agotamiento, ansiedad y trastorno por estrés postraumático. Señala además que la etiología de estos trastornos es multifactorial e incluye miedo a la infección o la muerte de uno mismo o de la familia, sensación de falta de control, sensación de incapacidad para ayudar a los pacientes en situaciones de recursos limitados, daño moral en situaciones de racionamiento, desconfianza en las respuestas institucionales y estigma social debido a la exposición. En el mismo estudio se indica que en Wuhan los datos preliminares sobre los pro-

veedores de atención médica de primera línea a pacientes de COVID-19 mostraron una gran carga de síntomas depresivos y de ansiedad.

- Otro estudio específico sobre estrés postraumático realizado con una muestra de 549 empleados de un hospital de Beijing afectado por el brote de SARS encontró que, alrededor del 10% de los empleados, declararon haber tenido altos niveles de síntomas de TEPT en algún momento durante el período de tres años posterior a su exposición al brote de SARS de 2003 (13).
- Por su parte, Serrano-Ripoll y Cols (8) publican los resultados de una revisión sistemática rápida y metaanálisis sobre el impacto de los brotes epidémicos en la salud mental de los trabajadores sanitarios. Los resultados encontraron una prevalencia agrupada mayor para la ansiedad (45%), seguido de depresión (38%), trastorno de estrés agudo (31%), agotamiento (29%) y trastorno de estrés postraumático (19%) (8).

Dentro del marco de la **COVID-19**:

- Moritz (14) señala que existen numerosos factores de estrés específicos (como la estigmatización por estar en contacto directo con el virus, el miedo a contagiar a sus familiares o la necesidad de concentración y vigilancia constantes para cumplir con las medidas de se-

guridad en su trabajo), que podrían afectar la salud mental de los profesionales de la salud, además de los estresores generales.

- Un estudio realizado en China encontró una prevalencia de depresión entre el personal sanitario del 50,7%, de ansiedad del 44,7%, de insomnio del 36,1% y de síntomas relacionados con el estrés del 73,4% (15).
- Otro estudio sobre la salud mental en personal médico y de enfermería en Wuhan concluye que como consecuencia del trabajo durante la pandemia, el 36,9% del personal no tuvo trastornos de salud mental significativos, el 34,4% tuvo trastornos leves, el 22,4% presentaba alteraciones moderadas y el 6,2% presentaba alteraciones graves (16).

Otra de las cuestiones relevantes identificadas en la revisión bibliográfica ha sido que el personal de centros sanitarios (especialmente el de profesiones sanitarias) tiene **dificultades para pedir ayuda**:

- El estudio de Zhen (17), muestra la dificultad de las enfermeras intervinientes durante el terremoto de Wenchuan (China) en 2008 para buscar ayuda psicológica, debido a la justificación de los síntomas como normales y al desconocimiento de la existencia de estrategias de ayuda efectivas. Sin embargo, señala que la ausencia de acciones de búsqueda de ayuda no debe

interpretarse como ausencia o baja incidencia de psicopatología.

- Otro estudio realizado sobre las fuentes de apoyo preferentes en personal técnico de emergencias señala que más del 80% de los encuestados acudirían con mayor probabilidad a un amigo o familiar para recibir ayuda y más del 70% la buscarían en su colega de trabajo (18).
- En la misma línea, Kang (16) detectó en su estudio sobre personal médico y de enfermería en Wuhan que, durante la pandemia, el 36,3% de los participantes habían accedido a materiales psicológicos, el 50,4% accedió a recursos psicológicos disponibles a través de los medios de comunicación y el 17,5% había participado en asesoramiento o psicoterapia. En relación con la preferencia de los sanitarios con respecto a la obtención de atención futura, el 14,7% de la muestra prefirió recibir atención de los amigos o compañeros de trabajo, el porcentaje más elevado de preferencia, un 40,2%, se relacionó con la ayuda de profesionales como psiquiatras o psicólogos.

Los resultados de la búsqueda en este bloque también permitieron conocer algunos aspectos relacionados con posibles **intervenciones preventivas**. Así, otro trabajo realizado también en el marco de la pandemia por COVID-19 puso en

marcha un programa de intervención psicológica para personal sanitario de un hospital de China. El personal médico se mostró reacio a participar en las intervenciones psicológicas grupales o individuales que se les proporcionaron debido a razones como el miedo a infectarse o a llevar el virus a sus hogares. Se encontró, además, que el personal estaba preocupado por la escasez de medios de protección y por sus sentimientos de incapacidad cuando se enfrentan a pacientes críticos. Muchos miembros del personal mencionaron que no necesitaban un psicólogo, sino que necesitaban más descanso sin interrupción y suficientes suministros de protección. Además, demandaban capacitación en habilidades psicológicas para tratar la ansiedad, el pánico y otros problemas emocionales de los pacientes y, si es posible, que el personal de salud mental estuviera disponible para ayudar directamente a estos pacientes en lugar de prestar apoyo a los sanitarios (19).

Segundo bloque: Intervenciones preventivas.

Otro bloque de análisis bibliográfico es el referente a las **intervenciones** sobre personas trabajadoras expuestas a acontecimientos traumáticos, particularmente las basadas en primeros auxilios psicológicos, resiliencia, *debriefing* y apoyo entre pares (compañeros). A continuación, se muestran las evidencias empíricas existentes para estas dos últimas intervenciones preventivas.

DEBRIEFING

Prieto-Callejero (21) señala que el *debriefing* puede ofrecer un lugar para descargar emociones y reducir el impacto del estrés en la vida de los trabajadores de emergencia actuando como una red de apoyo para que los trabajadores y trabajadoras puedan reconstruir sus experiencias y verbalizar sus pensamientos y sentimientos. Por ello, la disponibilidad de servicios de apoyo psicosocial después de la catástrofe puede disminuir los efectos negativos del trabajo de emergencia. Sin embargo, hay pocos estudios que muestran los efectos beneficiosos que puede provocar en estos profesionales. Este autor también señala que el *debriefing* psicológico no puede recomendarse como una intervención temprana para el estrés postraumático por varios motivos: es una intervención grupal programada (asume que todos los individuos han experimentado el mismo estrés postraumático), no incluye el componente de evaluación (no se adapta a cada persona) y no establece un seguimiento obligatorio o mecanismo para evaluar quién necesita mayor ayuda, siendo más adecuado para estrés agudo la intervención mediante primeros auxilios psicológicos.

APOYO ENTRE PARES

A pesar de que en un estudio se concluye que no hay investigaciones que muestren la eficacia de los

primeros auxilios psicológicos, resiliencia, *debriefing* y apoyo entre pares en población de trabajadores de salud pública al responder a desastres, terrorismo o crisis de salud pública (9), en otras investigaciones se resalta la necesidad de evaluar las medidas de apoyo para abordar preventivamente el TEPT en el personal sanitario (20). El apoyo social se ha mostrado como una variable relevante para amortiguar otros efectos relacionados con el desempeño laboral y no solo con la salud. Por ejemplo, adquiere un rol de variable moderadora, entre el TEPT y las intenciones de abandono del puesto en personal de enfermería según un estudio realizado sobre 300 profesionales (24). Por otra parte, Astorga, en su estudio sobre bomberos e intervinientes destaca la importancia de los pares a la hora de realizar las primeras intervenciones de apoyo ante acontecimientos traumáticos (22). En algunos casos, una intervención simple a nivel de pares puede servir de gran ayuda para quien está tratando de lidiar con una gran dificultad emocional que no sabe abordar. En la misma línea, otro estudio señala la importancia del apoyo entre compañeros o sistemas de apoyo, el apoyo web o los grupos de discusión durante situaciones de crisis (23). Además, las intervenciones basadas en el apoyo social entre pares en el ámbito profesional son la base de programas como el POPPA (Police Organization Providing Peer Assistance, New York Police Department) o el TriM (Trauma Risk Man-

agement) del ejército británico. En relación a este último, se trata de un sistema de gestión del riesgo de trauma que puede tener un efecto positivo sobre el funcionamiento organizacional, parece bastante adecuado para organizaciones jerárquicas, como es el caso de los militares, y puede reducir las tasas de baja tras eventos traumáticos (25).

Dentro del ámbito sanitario, Slade, presenta un programa para la prevención del trastorno de estrés postraumático en matronas (POPPY) basado en una sesión de capacitación, apoyo entre pares y acceso a una evaluación y, en caso necesario, una intervención psicológica. Tras la puesta en marcha del programa, los resultados indicaron que las matronas mejoraron la confianza y el manejo del trauma temprano con recursos propios y el apoyo en sus colegas mejoró significativamente. Hay una tendencia hacia niveles reducidos de sintomatología de TEPT, y menos matronas informaron de niveles subclínicos de TEPT. La proporción de matronas con niveles altos y moderados de despersonalización hacia la atención se redujo (33% al 20%) y las matronas informaron de niveles significativamente más altos de satisfacción laboral (26). En este mismo ámbito, otro estudio sobre la prevalencia de eventos traumáticos relacionados con el trabajo, trastorno de estrés postraumático (TEPT), ansiedad y depresión entre las matronas holandesas demuestra que mejorar el acceso a

la ayuda profesional, mejorar el apoyo de pares y la implementación de pautas sobre el apoyo después de un evento traumático podría tener beneficios sustanciales sobre el bienestar mental de las matronas (27).

5.3. Entrevistas semiestructuradas

El análisis del contenido de las entrevistas proporcionó información referente a diversos aspectos que fueron agrupados en cinco grandes categorías: funcionamiento de los servicios de prevención, impacto de la crisis sanitaria (por una parte, sobre las organizaciones y por otra, sobre las personas), recursos de ayuda psicológica, y perspectiva de futuro en relación con la situación de pandemia.

5.3.1. Funcionamiento de los servicios de prevención

El personal técnico de los SP (en la Comunidad de Madrid) coincide en señalar que su trabajo se realiza a demanda y con la sensación de que todo lo hacen con retraso. Generalmente los recursos humanos son escasos, por lo que tienen dificultades para realizar su trabajo siguiendo una **programación de actividades preventivas**, debido a la necesidad de responder a las demandas derivadas del área médica del SP (valoraciones de puestos

de trabajo para realizar adaptaciones de puestos, por ejemplo), del Comité de Seguridad y Salud, o requerimientos de la Inspección de Trabajo.

“Trabajamos mucho a demanda, trabajo programado es imposible. Al llevar todo con pocos RRHH no da para planificar nada. La única parte planificada es cuando se hacen los reconocimientos médicos, después se pasan y yo les doy toda la parte de información/formación de riesgos... El resto a demanda, a solicitud del comité de SS, lo que nos solicitan también del área médica...” (Técnica SP hospital 3)

“Hacemos evaluaciones [iniciales] o si nos hacen peticiones de valorar algo... Casi todo trabajamos a demanda, casi no tenemos trabajo programado. Con 2 técnicos y la cantidad de trabajadores que tenemos es imposible.” (Técnica SP hospital 4)

“Las evaluaciones las tenemos muy retrasadas. Los técnicos lo que más hacemos es hacer valoraciones técnicas, vamos al sitio a valorar, hacemos un informe que se pasa para ser gestionado a dirección o donde tengan que decidir. Las valoraciones son de todo tipo de cosas: residuos, cosas de seguridad...” (Técnica SP Primaria 2)

En los servicios de prevención del área de Atención Primaria, a diferencia de los hospitales, las

dificultades para la planificación de las actividades se extienden también a la realización de los reconocimientos médicos del personal.

“Los médicos deberían hacer reconocimientos médicos al personal, pero aún no se les ha habilitado un laboratorio para poder hacer analíticas, así que no hacen reconocimientos médicos regulares y planificados. Hacen sobre todo adaptaciones de puesto, ahí se hace un reconocimiento y se elabora el informe. A veces nos piden a los técnicos que valoremos alguna cuestión del puesto, por ejemplo, ergonómica, de altura de la camilla, para poder elaborar el informe.” (Técnica SP Primaria 2)

En materia de gestión de los riesgos psicosociales, el personal técnico manifiesta una escasa actividad. Si bien depende de la orientación de la persona que dirige cada SP, las personas entrevistadas manifiestan que, en términos generales, existe una clara **priorización de la gestión de otros riesgos frente a los psicosociales**.

“En mi hospital se hacen las evaluaciones de riesgos (psicosociales), han actualizado todas el año pasado, estaban pendientes las del personal médico que se han parado por la situación actual. Se hace intervención psicosocial y también formación. (...) Cada hospital funciona distinto, no solo por la dotación de personal sino

por la orientación del trabajo. En “el hospital X” (...) los riesgos psicosociales no se hacen, pasa en muchos hospitales. En “el hospital Y” te dicen que para qué. Depende de la jefatura del SP.” (Técnica SP hospital 1)

La intervención en esta área suele ser reactiva, consecuencia de requerimientos de la ITSS o de presiones sindicales, y no de la planificación de la actividad preventiva. Manifiestan igualmente escasez de personal especializado en la gestión preventiva psicosocial, participando en dicha actividad todo el personal técnico, sin distinción.

“La Inspección de Trabajo y Seguridad Social nos solicitó hacer una evaluación de riesgos psicosociales (ERP) a raíz de una denuncia de unos centros. En esos centros se hizo la ERP, y a raíz de ahí el inspector solicitó hacer la ERP en un centro representativo de cada área para poder comparar si los factores laborales más desfavorables se repetían en todas las zonas.” (Técnica SP Primaria 2)

“Evaluaciones de riesgos psicosociales hemos hecho dos veces por requerimiento de la ITSS... fue por una denuncia de un sindicato y aún no está terminada. Llevamos 3 años con esto (...) Encima sin recursos, yo sola y ¿quién mete los datos?” (Técnica SP hospital 3)

“Nosotros (hacemos la gestión psicosocial), pero no somos expertos, sino que todos hacemos de todo.” (Técnica SP Primaria 2)

Además, en muchos de los casos, lo poco que se hace dentro de la gestión psicosocial es a nivel individual, desde la vigilancia de la salud y para atender el daño.

“No hay protocolos ni actuaciones regularizadas. Lo que se hace cuando viene una persona concreta con el problema..., pero a nivel colectivo y de prevención, no. No detectamos antes de que haya cosas graves. No actuamos para prevenir ni proteger, sino cuando ya hay daños. Entonces les ven ya la parte sanitaria directamente.” (Técnica SP hospital 3)

“En la vigilancia de la salud a los residentes de primer año sí se les pasa un pequeño test, si sale que están muy mal pues se les hace un seguimiento o se les deriva a salud mental. Al resto de trabajadores nada. Se les pregunta que, si hay algo de tu trabajo que les afecte, pero es una pregunta muy abierta. Pero no hay una parte realmente psicosocial en los reconocimientos. Se tiene en cuenta si vienen y nos cuentan algo, que normalmente derivamos, pero poco más.... luego nosotros ya no les hacemos seguimiento, se lo hacen ellos. Nos olvidamos de eso.” (Médico SP hospital 1)

“En la vigilancia de la salud se incluye un apartado de salud mental en el test de unas 11 preguntas para residentes, test de Goldberg. El resto se les hace preguntas genéricas y al final ellos nos cuentan lo que nos quieran contar. En la vigilancia de la salud puedes detectar y prevenir algo, pero poco, porque es lo que te quieran contar...” (Médico SP hospital 2)

Existen **otros actores implicados** en la prevención de los riesgos psicosociales, que intervienen particularmente a partir del momento en el que aparecen daños a la salud como consecuencia de la materialización del riesgo. Es el caso de los servicios de Salud Mental de los propios centros sanitarios, así como el Programa de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo (PAIPSE) de la Comunidad de Madrid. Aunque los SP dicen derivar al servicio de Salud Mental y muy especialmente al PAIPSE cuando detectan daños en la salud mental de los trabajadores y trabajadoras, no suele haber un abordaje ni un seguimiento coordinado entre ambos organismos, ni existe un procedimiento protocolizado de actuación.

También existen en algunos centros estructuras que se han puesto en marcha para el abordaje de riesgos específicos como, por ejemplo, para la gestión de conflictos/acoso a través de estrategias de mediación:

“También hay un equipo de gestión de conflictos, hay un psicólogo del SP y se ha creado una comisión de profesionales para que medie, se ha formado a distintos profesionales para que estén en ese comité de resolución de conflictos...” (Técnica SP Primaria 2)

Las personas de SP entrevistadas consideran que, en general, **tienen buena relación con el personal sanitario**. Piensan que la pandemia está sirviendo para que los conozcan mejor, aunque sienten que en la situación de crisis sanitaria se les culpabiliza de algunas de las dificultades que se están dando, como la falta de equipos de protección adecuados, la ausencia de pruebas diagnósticas a tiempo, etc.

“La relación con el personal está bien, en los centros bien. Aunque hasta que ha empezado esto no tenían ni idea de lo que hacemos y lo que no. (...) Ahora ya saben quiénes somos y dónde estamos. (...) Pero también nos echan las culpas al servicio de prevención, de los problemas con los EPI, de si no ponen la mampara, parece que soy yo la que no la quiere poner...” (Técnica SP Primaria 2)

“Después de la gestión del Coronavirus, creo que hemos perdido credibilidad” (Técnico SP hospital 4)

“Hay de todo, hay gente que piensa que no les hacemos caso y que les dejamos de lado, so-

bre todo al principio que teníamos muchísimos casos y pocos recursos, y no dábamos abasto porque colgabas y entraba otra llamada, así todo el rato y había gente que lo intentaba y se tiraba 3 días hasta que lograba hablar con nosotros. Nosotros no paramos de trabajar y hay gente que está descontenta y que el SP tiene culpa de todo y muchas tenemos, pero de una pandemia así no, esto es difícil de controlar. Se enfadan bastante, porque piensan que somos los culpables.” (Médico SP hospital 1)

“Yo creo que, hasta mejorar la relación, habrá que esperar para saber. Hay gente que nos ha descubierto para bien creo. Yo creo que va a mejorar para que nos conozcan más y que tenemos nuestra función.” (Médico SP hospital 2)

Por otra parte, la **relación con las direcciones y gerencias** varía de un centro a otro. En lo que sí existe unanimidad entre el personal técnico de los SP entrevistados es en que tienen poco margen de decisión en cuanto a las actuaciones preventivas a poner en marcha, ya que dependen de lo que decida la dirección del SP y la gerencia de cada centro.

“Hay de todo... Algunas unidades de SP se llevan muy bien con las direcciones de área, otras muy mal y nosotros regular: no se meten mucho con nuestro trabajo, pero tampoco apoyan.

Con las direcciones de cada centro muy bien, suelen facilitar las cosas.” (Técnica SP Primaria 2)

“En general la relación ha sido buena en esta crisis, sobre todo con la dirección médica, ojalá fuera así siempre, se han dado cuenta de que somos un servicio necesario y nos han apoyado bastante.” (Médico SP hospital 2)

5.3.2. Impacto de la crisis sanitaria en las organizaciones

En todos los hospitales y centros de salud comunican haber **reorganizado sus servicios** para dedicarse, casi en exclusiva, a atender pacientes de COVID-19.

“Ha significado un cambio tremendo. (...) Hemos duplicado las camas del área médica para atender COVID. (...) no teníamos urgencias ni ucis y lo hemos reinventado todo.” (Gerente hospital)

“Hemos tenido que contratar a muchísima gente, sobre todo porque al principio, cuando el diagnóstico de COVID se hacía de otra manera se contagió mucho personal y tuvimos muchas bajas”. (Directora enfermería hospital)

“En el hospital prácticamente todas las profesionales de consulta están reubicadas, todos

los profesionales estamos haciendo trabajos distintos. No sobra nadie, todo el mundo hace falta, pero todo el mundo reubicado.” (Enfermera medicina preventiva hospital)

Esta adaptación ha dado lugar a **cambios en las actividades a realizar** por el personal sanitario, de modo que tanto en hospitales como en centros de salud ha habido un elevado número de personas que se han encontrado realizando funciones distintas a las habituales:

- el cese de la actividad presencial en las consultas de Atención Primaria ha supuesto la necesidad de prestar atención telefónica a los pacientes;
- la prestación de cuidados paliativos ha excedido la capacidad de las unidades específicas, por lo que han tenido que ser asumidas por los profesionales de Atención Primaria en el propio domicilio de los pacientes;
- la elevada incidencia de la enfermedad ha dado lugar a la necesidad de incrementar el número de profesionales dedicados a patología respiratoria, tanto en urgencias como en plantas de hospitalización, reubicando al personal adscrito a las consultas en los hospitales y centros de especialidades (servicios cerrados por la pandemia);
- el incremento de camas UCI ha implicado una mayor necesidad de profesionales para esta área de atención, que se ha nutrido de especia-

listas de otros servicios, en el caso del personal médico, de anestelistas principalmente;

- el equipo del hospital de campaña de IFEMA se ha formado, principalmente, por personal especialista de hospitales (internistas, neumólogos, etc.), especialistas en medicina de familia, enfermería y personal auxiliar de los centros de Atención Primaria, residentes de 4º año de medicina y estudiantes de último año de enfermería.

También ha supuesto un esfuerzo importante la organización de la vuelta a la “nueva normalidad”, cuando la primera ola de la pandemia comenzó a remitir.

“Ahora estamos en la fase de vuelta a la semi normalidad, estamos intentando volver a reconvertir el hospital a lo que era o reinventarlo... Estamos planificando cómo adaptarlo a pacientes no afectados por COVID, pero con todas las incertidumbres que existen de que hay personas asintomáticas, y pueden venir a otra cosa y contagiar... Los profesionales no se fían, todo esto genera mucha incertidumbre. Vamos siempre detrás del virus.” (Directora de enfermería hospital)

Por otra parte, la gran incidencia de la enfermedad entre la población, junto con las bajas laborales del personal sanitario contagiado, han dado lugar

a un incremento importante en la **carga asistencial** de los hospitales y centros de salud. A pesar de la reorganización de los servicios, una parte de las personas entrevistadas que han desarrollado su trabajo en hospitales señalan que, salvo en momentos puntuales de especial intensidad, se han respetado sus turnos de trabajo, horas semanales y días de libranza. Sin embargo, otra parte no ha podido tomarse días de descanso durante semanas, han alargado y siguen alargando jornadas, aunque lo han hecho de forma voluntaria. Por su parte, el personal de centros de salud ha visto incrementada su jornada semanal al haberse ampliado la Atención Primaria a los fines de semana.

“Estamos trabajando los fines de semana, también hacemos más horas cada día, pero nos van a compensar después con libranzas.” (Médica de centro de salud)

“(...) el gran número de bajas ha supuesto una sobrecarga muy grande para los profesionales que se quedaban, era muy bestia porque no hay personal extra para cubrir, sobre todo enfermeras y auxiliares duplicando y triplicando turnos.” (Médica medicina preventiva hospital)

“Ha sido más estresante al principio, entraban muchos pacientes de golpe, y en muy mal estado. De repente entraban 10 o 12 pacientes.

Ha habido mucho estrés por las condiciones de trabajo con los EPIS, no podías parar en todo el turno para ponértelos o quitártelos.” (Jefe Anestesia Hospital)

“Estamos trabajando más horas y no libramos los sábados como antes, y no tenemos claro el sistema de compensación. Los días de descanso son pocos.” (Pediatra de hospitalización)

En lo que se refiere a la **actividad de los SP**, algunos refieren que se han producido muchos cambios funcionales, organizativos o de recursos humanos como consecuencia de la crisis. Sin embargo, en otros casos los cambios no han sido tan importantes, ya que la prioridad para la dotación de recursos estaba en las áreas asistenciales.

“Muchísimos cambios. De personal, nos ha medido algún enfermero de los escolares, en mi unidad hay uno. En algunos centros algún administrativo. (...) Incluso hay unidades donde la enfermera y el médico se han contagiado y el técnico ha tenido que hacer todo... al final ha caído también, lo ha vivido con mucha ansiedad... cientos de correos, de llamadas sin parar, meter los datos...” (Técnica SP Primaria 2)

“Se ha incrementado un médico en el servicio de vigilancia de la salud. Además, se ha ampliado el horario de todos los miembros del SP,

ahora trabajamos también por las tardes y los fines de semana.” (Técnica SP hospital 1)

“Solamente han incrementado en mi equipo un administrativo que ha llegado esta semana. El SP no era objetivo de refuerzo, porque había más necesidades en los Centros de Salud. Sabían que necesitábamos refuerzo, pero no era prioritario.” (Técnica SP Primaria 1)

El personal de los servicios de prevención se ha volcado en el seguimiento y atención de los trabajadores y trabajadoras contagiados de COVID, revisión y distribución de EPI, adaptación de protocolos, etc., tareas que han desarrollado de forma intensa y con una enorme sobrecarga. Además, entre el personal de los SP también se han sufrido los efectos directos de la enfermedad, lo que ha dado lugar a bajas médicas por COVID y a un incremento de la carga de trabajo. La urgencia por adaptar los protocolos de sanidad, proporcionar formación al personal, etc., ha dado lugar a una presión temporal importante sobre el personal de los SP.

“La mayor parte del tiempo lo dedicamos a verificar los EPIS que nos llegan, que tengan su certificado y demás. Y revisando protocolos de cómo volver a la nueva normalidad, que no es normalidad ni nada... ver los circuitos y todo eso.” (Técnica SP hospital 3)

“EPIS muchísimo, formación hemos hecho mucha, pero no hemos hecho a todo el mundo, hemos hecho carteles... también sobre qué es el COVID y demás. Y procedimientos y protocolos sin parar, con muchos cambios, a veces casi diarios. También hemos hecho visitas cada vez que abrían una zona nueva. Hemos colgado vídeos en la intranet sobre como colocar y quitarse los EPI... pero nos ha faltado más gente, más técnicos. En algunas cosas nos hemos tenido que coordinar con medicina preventiva, por ejemplo, ahora para reprogramar el área quirúrgica y otros servicios.” (Técnica SP hospital 4)

“Ahora todo es coronavirus, seguimiento de coronavirus, diagnóstico de neumonías y tratamiento por coronavirus del personal, adaptación de personal especialmente sensible, todo el rato coronavirus de los trabajadores, no hacemos nada más.” (Médico SP hospital 1)

“Todo el rato con COVID, mandando PCR, llamando a gente... y ahora muy metidos en el estudio de seroprevalencia en el personal sanitario que ha iniciado Salud Pública. Preparando los Comités de Seguridad y Salud, aislando gente, viendo trabajadores sensibles... (...) Hacemos las mañanas, 10 horas sin parar y cada tarde se queda uno. Los fines de semana también nos turnamos.” (Médico SP hospital 1)

Además del personal de los SP, los **psiquiatras y psicólogos** adscritos a los hospitales y centros de salud se han puesto a disposición del personal sanitario, a pesar de que en algunos la práctica habitual es no atender a sus propios compañeros y derivarlos a los centros que correspondan según el área asistencial a la que pertenezcan. En muchos hospitales esta disponibilidad se puso en marcha al principio de la pandemia, mientras que, en otros centros de trabajo, como en Atención Primaria, se ha organizado posteriormente al detectar problemas de ansiedad entre el personal sanitario.

“En el hospital tenemos un psiquiatra y 2 psicólogas. Desde el primer momento se ofrecieron para atender a sanitarios: con cobertura de mañana y tarde, pusieron a disposición un teléfono y podían pedir cita y asistir o por teléfono. Lo he ofrecido varias veces a través de la lista de distribución (...).” (Gerente hospital)

“El servicio de psiquiatría está volcado con los trabajadores, enseguida colgaron carteles por todos lados y sé que tienen mucho trabajo.” (Médico SP1)

“La semana pasada nos llegó información de que los psicólogos clínicos (hay un psicólogo clínico en muchos centros de salud desde hace un año) ahora atienden a sanitarios; la geren-

cia ha puesto en marcha el que estos psicólogos atiendan a los sanitarios”. (Técnica, SP Primaria 2)

5.3.3. Impacto de la crisis sanitaria en las personas trabajadoras

Desde el inicio de la pandemia, las condiciones de trabajo sobrevenidas han dado lugar a una situación de exposición extraordinaria a **factores de riesgo psicosocial**. El trabajo en este contexto ha dado lugar a que la información haya sido confusa en muchas ocasiones, con órdenes cambiantes ocasionadas por la frecuente actualización de los protocolos; la escasez de EPI ha situado en una situación de riesgo de contagio al personal de primera línea, con la sensación de inseguridad y miedo que de ello se deriva; la carga asistencial se ha elevado de forma exponencial debido al incremento de pacientes y a las bajas del personal; se ha presentado la necesidad de adaptación rápida a nuevas funciones y responsabilidades (en ocasiones con carencias de formación y entrenamiento); ha existido, especialmente al principio, escasez de medios para prestar una adecuada atención a los pacientes; etc. En estas circunstancias, muchas personas han sufrido situaciones de fuerte estrés.

“Llegan con cuadros de ansiedad muy grandes, mucha gente que necesita descansar mental-

mente. Ahora que ha bajado esto la gente no se ve capaz de continuar y de volver a soportar otro repunte. (...) También ansiedad por lo de irse a hoteles... la soledad. El colectivo de urgencias y UCI lo llevan un poco mejor porque tienen experiencia y están más preparados mentalmente para esto.” (Médico SP hospital 2)

“El estrés se concentró mucho en el momento de reorganizar el hospital, que llegaron tantos pacientes contagiados. Ahora estamos un poco mejor en ese sentido, porque ya estamos más organizadas.” (Enfermera medicina preventiva hospital)

Todas las personas entrevistadas coinciden en que han sufrido **alteraciones físicas**, asociadas al trabajo en primera línea durante la pandemia, particularmente cansancio, trastornos del sueño y dolores musculares.

“Estoy muy cansada, últimamente no consigo dormir más de una hora y media seguida. Tengo mucha inquietud, a pesar de que estoy tomando pastillas para dormir. Tengo muchísimo dolor de cuello y también en el pecho por la ansiedad.” (Auxiliar UCI)

“Duermo menos horas, por las preocupaciones y porque intento encontrar soluciones.” (Jefe Anestesia Hospital).

“Estoy muy cansada, pero cuando duermo tengo 7 u 8 interrupciones. (...) Me despierto sin saber qué hora es ni en qué cama estoy, con dolor en la boca de estar tensa todo el tiempo.” (Pediatra Hospitalización)

Alguna gente se ha pillado baja por esto, no sé el motivo de la baja realmente porque eso no se especifica, pero sé que alguna ha tenido que desconectar de todo esto.” (Directora enfermería hospital)

Por otra parte, la responsabilidad de tomar decisiones de vital relevancia para los pacientes (reparto de respiradores, asignación de camas UCI, administración de sedaciones, etc.), así como las limitaciones de tiempo para acceder a las habitaciones, la falta de contacto personal con los pacientes o el desconocimiento de la propia enfermedad, han supuesto importantes **conflictos de rol y dilemas éticos**.

“Siento que no estoy haciendo mi trabajo todo lo bien que debería, tenemos que adaptarnos a continuos cambios y tengo muchas dudas.” (Enfermera hospitalización 1).

“Las enfermeras (...) están dando el callo, pero necesitan a veces que les tranquilices y les digas: “hay que hacer esto y de tal forma”. Y el problema es que con el COVID no se ha podido

hacer, por las circunstancias, porque hay mucho desconocimiento e incertidumbre.” (Enfermera medicina preventiva hospital)

“En las plantas de geriatría el personal siente que hacen la “antigeriatría”, porque no dan abasto, no hacen lo que consideran que deberían hacer por ellos, (...) están con la sensación de que no hacen su trabajo como deberían hacerlo.” (Médica medicina preventiva hospital)

Algunas de las personas entrevistadas manifiestan también que esta situación ha tenido un impacto negativo en sus **relaciones personales**:

“Tienes más tensión. (...) Además, después de vivir situaciones tan duras, todo te parece trivial cuando llegas a casa, lo que genera conflictos sobre todo a nivel de pareja.” (Médica centro de salud)

“La convivencia de pareja se está viendo muy afectada, los de fuera no entienden lo que estamos viviendo dentro (...) Entre nosotros nos entendemos mejor”. (Residente IFEMA)

El **miedo** a contagiarse, y especialmente a ser vectores de contagio para sus familiares, se ha manifestado frecuentemente en las entrevistas, y en algunos casos los profesionales se aíslan en hoteles o en su propio domicilio para evitarlo.

“También repiten mucho el miedo que tienen de ser responsables de lo que puedan llevar a casa, eso genera mucha angustia y miedo. (...) no tienes con quien dejar a los hijos y los dejan con sus padres porque las canguros no quieren quedarse con hijos de personal sanitario; en esos casos hay mucha culpa, miedo, ansiedad por lo que les pueda pasar a los padres/abuelos.” (Médica medicina preventiva hospital)

“Lo que peor llevo es no poder ver a mi madre y a mi tío porque son de riesgo. Mi pareja también porque es diabético, hasta comemos cada uno por nuestro lado y tengo miedo porque mi casa es pequeña.” (Auxiliar UCI privados)

“Trabajan agotadas (mis compañeras) y aun así es un estrés que les da energía para continuar. Pero la protección les importa mucho: quieren ir limpias a casa.” (Enfermera medicina preventiva hospital)

“Hay muchísimo miedo y muchos casos de ansiedad, hay mucha gente con ansiedad por el contagio.” (Técnica SP hospital 3)

Tanto las tareas como el entorno de trabajo en el que está desarrollando su labor el personal de los centros sanitarios, llevan asociada una importante **carga emocional**. La exposición intensa a situaciones de muerte y sufrimiento ha sido más frecuente

de lo habitual, todo ello sobre una base de incertidumbre y temor al futuro, ya que, en la mayoría de los casos, manifiestan la creencia de que lo peor está por llegar. En muchos casos el trabajo está dando lugar a la experimentación de acontecimientos de gran intensidad e impacto emocional.

“Es muy diferente en cuanto al número de fallecidos, lo que ves, cómo se hace, lo que se respira alrededor cuando vas a buscarlos... es como cuando estás viendo una película y de repente se va la voz y no sabes lo que está pasando. El lunes cuando abrí la puerta no sabía lo que estaba viendo, me quedé en shock. No sé si tenía miedo a entrar o a salir, no sé si duró segundos o minutos... La escena que vi no se me olvida todavía. Estaba el pasillo lleno, las cámaras llenas, los túmulos llenos, las salas de autopsias llenas también... No sabía qué estaba pasando, no sabía lo que tengo que hacer, ¿de dónde han salido?” (Celadora de mortuario).

“Por las noches sabías que te ibas a encontrar muertos en las habitaciones sí o sí, porque no puedes estar allí constantemente.” (Enfermera de hospitalización).

En relación con **situaciones anteriores de crisis o emergencia sanitaria**, todas las personas entrevistadas coinciden en señalar que no conocen ningún antecedente comparable en términos de

intensidad, duración, magnitud ni gravedad. Manifiestan que no había sido necesario prestar apoyo psicológico por otras situaciones de crisis, más allá de algunas personas particularmente expuestas al trauma en los atentados del 11M.

“El Ébola no llegó a ser ni parecido a esto.” (Técnica SP Primaria 2)

“El 11M no tiene nada que ver, entonces eran “heridos de guerra” y pasó muy rápido por el hospital. Fue una respuesta inmediata. Ahora tenemos un enemigo que no se ve, y la principal diferencia es el contagio”. (Enfermera de urgencias de hospital)

“Nada que ver con esta crisis, ninguna comparable a esta crisis del COVID. La cantidad de gente infectada y la prolongación en el tiempo, la cantidad de profesionales infectados que hace que pases más miedo, no tiene nada que ver con las anteriores emergencias.” (Médica medicina preventiva hospital)

5.3.4. Recursos de afrontamiento

En relación con los **recursos** que están contribuyendo a sobrellevar la situación que están viviendo, todas las personas entrevistadas expresan que, salvo excepciones, el compañerismo es uno de los aspectos principales. En todas las categorías

se percibe un gran apoyo por parte del resto de profesionales y se han sentido parte de un equipo en la lucha contra un enemigo común. Muchas personas entrevistadas señalan que sus relaciones profesionales han mejorado durante esta crisis.

“Y el equipo humano de todos ha sido increíble, la capacidad de trabajo increíble, me ha maravillado. Hemos estado 16 días y parecía que llevábamos toda la vida. Eso me ha encantado.” (Celador, IFEMA)

“(...) estamos más unidos que nunca. La UCI siempre ha sido un poco especial, estábamos ahí encerrados... Y ahora como ha venido gente de apoyo de quirófanos, de consultas, nos estamos conociendo. Y hay muy buen rollo. Estamos todos dando lo mejor, nos apoyamos muchísimo. Es nuestra segunda familia y con quien más compartimos. Tengo unos compañeros maravillosos.” (Enfermera UCI 1)

Además de las redes de apoyo informales, se han desplegado una serie de **recursos de ayuda psicológica**. En el caso de los hospitales, las unidades de Salud Mental se han puesto a disposición del personal sanitario, en concreto prestando asistencia tanto médica como psicológica y elaborando materiales escritos con recomendaciones para la prevención psico-emocional. Además, en el caso del Servicio Madrileño de Salud, existe el mencio-

nado PAIPSE, dotado de dos psiquiatras, una psicóloga, una trabajadora social, un enfermero y una secretaria. Los profesionales médicos de los SP de hospitales y Centros de Salud derivan al programa a cualquier persona trabajadora del ámbito sanitario que lo precisa.

“Hacen intervención temprana, creo que hacen 5 intervenciones breves donde dan pautas para gestionar y herramientas para asimilar lo que están viviendo, si no mejoran ya derivan al PAIPSE o salud mental, porque algunas personas ya tienen problemas de salud mental anteriores...” (Técnica SP Primaria 2)

“El servicio de salud mental ofrece un servicio y nosotros les podemos derivar en este momento concreto, pero de normal derivamos al PAIPSE. Ahora mismo nuestros psiquiatras y psicóloga se han ofrecido para atender a profesionales.” (Técnica SP hospital 3)

“Mucha gente se echa a llorar y le pasamos los teléfonos de psiquiatría y psicología clínica (...) Sé que sí están teniendo mucho trabajo ellos, ya no atienden población sólo trabajadores.” (Médico SP hospital 1)

Fuera del marco hospitalario, se han puesto en marcha otras iniciativas de ámbito autonómico y estatal, como el teléfono de asistencia telefónica

del Ministerio de Sanidad y el Consejo General de Colegios de Psicología de España, uno de los que ha llegado a las personas entrevistadas de forma mayoritaria. Nos transmiten que la principal vía por la que han conocido los servicios de ayuda disponibles ha sido a través de contactos personales y profesionales, en particular los grupos de WhatsApp. También algunas personas refieren haber sabido de estas iniciativas por los medios de comunicación. Sin embargo, muchas de las personas entrevistadas no tenían un conocimiento claro de lo que se ofrecía y por parte de quién. Ninguna ha hecho uso de los servicios de ayuda y conocen a poca gente que haya recurrido a ellos.

Existe la consideración generalizada por parte del personal de centros sanitarios de que en el momento de las entrevistas **no dispone de tiempo** para pensar en cómo se siente ni tampoco para solicitar ayuda. Considera que la situación va a tener una repercusión psicológica que se hará visible cuando descienda el nivel de trabajo.

“En IFEMA había despachos en los que había psicólogos del SUMMA. El que lo ha pedido ha tenido atención, en realidad lo necesitábamos todos, pero estamos tan metidos en el bucle de trabajo que no nos permitimos parar para cuidarnos. Será cuando pase lo más agudo cuando la gente se dé cuenta de lo que nos está afectando.” (Médica IFEMA)

“En estos momentos no nos apetece hablar del tema, entre nosotras hemos comentado que cuando vamos a necesitar ayuda es cuando esto termine. Nos vamos a venir abajo, porque ahora estamos centradas en los pacientes.” (Auxiliar hospitales privados)

“He visto a gente que no ha acudido a atención psicológica y lo necesita, hay gente a la que he visto muy mal: que explotaba a llorar y con mucha ira... Creo que a la gente le cuesta mucho ir por la carga de trabajo, sobre todo al principio, y porque piensan que no les iba a afectar tanto...” (Directora enfermería hospital)

Todas las personas entrevistadas, sin excepción, tanto profesionales sanitarios como de Servicios de Prevención, coinciden en señalar que, en circunstancias normales, la **salud mental de los colectivos** del sector no se cuida lo suficiente.

“No, cero. Nos cuidamos personalmente o hablamos entre nosotros.” (Pediatra hospitalización)

“No, no se cuida. En vigilancia de la salud pasan un cuestionario de vez en cuando en el que te preguntan si has pensado en suicidarte en los cuatro últimos días. Eso es todo, y siempre el mismo cuestionario, para cubrir el expediente.” (Enfermera de urgencias de hospital)

“No se cuida, se atiende solo puntualmente, como el dispositivo de salud mental que se ha establecido ahora.” (Médica de centro de salud)

En relación con la **respuesta de la sociedad** a la situación del personal sanitario, dicen sentir su apoyo y agradecer las muestras de gratitud que están recibiendo. Sin embargo, la gran mayoría de las personas entrevistadas desconfía de que este apoyo se mantenga más allá de la crisis sanitaria, tanto por parte de las personas como de las instituciones. Además, por lo general, no se reconocen en el papel de héroes que se les atribuye: defienden su derecho a mostrar debilidad, cansancio e indignación por las situaciones que están viviendo.

“Se supone que somos héroes, pero luego esto pasa y se olvidan de ti.” (Jefe anestesia hospital)

“Los aplausos te emocionan y se agradece, pero acordaros también después... hay que defender lo público. Cuando esto pase no se acordarán.” (Enfermera de urgencias de hospital)

“Que nos traten como profesionales y no como héroes. Si nos tratan de héroes parece que nadie es responsable de nada y mientras tanto nosotros nos dejamos la piel.” (Médica UCI)

“Los aplausos me parecen bien, pero después se van a olvidar: cada uno mirará sus propios intereses”. (Auxiliar UCI privados)

“A mí lo que me asusta en esta situación es que perdamos derechos, que los aplausos acaben al final en recortes en salarios, aumentos de la jornada laboral... que en lugar de aprender que hay que cuidar a quien cuida se recorten derechos.” (Enfermera UCI)

Por otra parte, tanto las técnicas de SP entrevistadas como el propio personal, nos indican que, por lo general, las trabajadoras y trabajadores de los centros sanitarios tienen una elevada **orientación al paciente** que anteponen, incluso, a sus propias necesidades. Sin embargo, parece que existen diferencias entre las personas en función de su ocupación, siendo más accesibles para intervenciones de tipo psicosocial las que ocupan puestos no sanitarios, de perfil administrativo o auxiliar.

“Son mucho más fáciles los colectivos no asistenciales, ya que sienten que están poco valorados y agradecen mucho todo lo que se les ofrece. Los asistenciales están muy orientados al paciente, no toman las soluciones orientadas a ellos.” (Técnica SP hospital 2)

En general, la opinión de las personas entrevistadas sobre los **psicólogos y psiquiatras** es positiva,

si bien suelen valorar como más necesaria en esta situación la intervención por parte de los primeros. Consideran que los psiquiatras proporcionan un apoyo farmacológico que no es necesario en todos los casos.

“Un psicólogo o psiquiatra. Valoro muy bien a los psicólogos y saben lo que hacen. En general creo que también se valora y ve mejor al psicólogo, porque ir al psiquiatra se relaciona con medicación, son los que “empastillan” y la gente si les derivas al psiquiatra, que desde Atención Primaria es fácil derivar a psiquiatría, sienten que es como si les dijeras que están muy mal o muy locos, parece que si les recomiendas ir al psicólogo es que no están tan mal.” (Médica de medicina preventiva hospital)

En cuanto al papel de los **SP como servicio de apoyo psicológico**, el personal transmite que, salvo excepciones, no han podido hacer nada relacionado con los riesgos psicosociales a los que están expuestos los profesionales de los centros sanitarios. Algunas personas de los SP señalan que el momento de hacer las pruebas diagnósticas de la COVID sirve también para que el personal manifieste sus emociones, al igual que durante las formaciones que se han dado sobre el uso de los EPIS o las medidas preventivas. Son espacios en los que, a pesar de no estar programado, se crean dinámicas de expresión emocional. En algunos SP

se está haciendo apoyo emocional al personal que llama para plantear cuestiones, en principio, no relacionadas con riesgos psicosociales, sobre todo en aquellos en los que existe un contacto previo más directo entre personal y SP. También, en algunos, se está tratando de hacer un seguimiento telefónico de los trabajadores y trabajadoras que antes de la crisis sufrían algún tipo de patología psicológica o psiquiátrica.

“A nivel psicosocial se está haciendo una intervención muy individual de asistencia telefónica, casi de primeros auxilios psicológicos vía telefónica. Es sobre todo a profesionales enfermos o que están pendientes de resultados y se encuentran agobiados por dejar vacío su centro, otros con circunstancias familiares complicadas...” (Técnica SP Primaria 1)

5.3.5. Perspectiva de futuro

En relación con las **repercusiones de la situación de crisis sobre su salud mental**, muchas de las personas entrevistadas consideran que aparecerán una vez que ésta finalice. Creen que van a vivir situaciones de ansiedad, miedo e incertidumbre.

“Creo que tendremos mucho miedo, saldrán las emociones que ahora están bloqueadas. Habrá gente que sienta tristeza sin saber por qué.” (Pediatra hospitalización)

“Tenemos la sensación de que estamos haciendo cosas sin procesar lo que está pasando. Cuando nos paremos a pensar nos va a cambiar la percepción. Nos va a pasar factura. (...) Vas encadenando un día con otro y cuando libras y piensas un poco más... madre mía... es muy fuerte esto... No tenemos tiempo para sacar la parte emocional.” (Enfermera hospitalización)

“Al principio teníamos muchas ganas, pero ahora, aunque físicamente no tenemos tanto cansancio, pero estamos comiendo mal, fumando más... No conozco a nadie que no tenga secuelas.” (Enfermera hospitalización 2)

Particularmente, entre el personal entrevistado de los **centros de Atención Primaria** existe una preocupación generalizada por su futuro, una vez que pase la crisis sanitaria. Por una parte, tendrán que adaptarse a nuevas formas de trabajo, procedimientos preventivos a integrar en su práctica diaria. Por otra parte, creen que las personas con patologías crónicas que ahora no se están atendiendo de manera continuada van a presentar complicaciones. También estiman que tendrán un incremento en la demanda asistencial como consecuencia del impacto emocional de la pandemia sobre la población general. Opinan que serán necesarias nuevas contrataciones.

“Creo que la Atención Primaria va a quedar muy mal, porque se está acumulando todo lo que no se está atendiendo ahora. Además, los enfermos crónicos están teniendo complicaciones. Nos lo vamos a comer todo en Primaria, vamos a tener que reorganizarnos con agendas inasumibles.” (Médica IFEMA)

Por otra parte, en cuanto a las **expectativas de apoyo** una vez superada la situación de crisis, en general las personas entrevistadas esperan que éste llegue por parte de los centros sanitarios o de las instancias de las que éstos dependen. De esta forma, manifiestan el deseo de que les ofrezcan atención y asistencia psicológica a través de profesionales cualificados de sus propios centros de trabajo. Algunas personas señalan al servicio de prevención, principalmente a los médicos del trabajo, mientras otras creen que recurrirán a sus personas de confianza (familiares, amigos, médico de familia, psicólogo...).

“Sin duda (lo espero de) mi centro de trabajo, lo tengo claro, pero tengo muy pocas esperanzas. Creo que quizás la ayuda tenga que venir a través de un nuevo departamento que cuide de esta parte o bien de salud laboral, incluyendo un protocolo específico.” (Pediatra hospitalización)

“La propia organización debería poner los medios para cuidar a quienes están ahora dándolo todo, la sanidad pública.” (Auxiliar IFEMA)

Los profesionales entrevistados consideran que su principal **necesidad** cuando baje la emergencia sanitaria será sentir apoyo por parte de su entorno laboral y disponer de momentos en los que poder expresar sus emociones. Otras personas creen que van a necesitar apoyo psicoterapéutico especializado. Coinciden en esta percepción las personas de los Servicios de Prevención y gerentes y cargos directivos.

“Vamos a necesitar apoyo emocional, una atención más cercana, un seguimiento, vernos arropados de alguna manera.” (Auxiliar IFEMA)

“Necesito descanso, desconexión y reencontrarme con mi gente. El resto de “compas”: descanso por supuesto. Creo que algunos van a necesitar ayuda psicológica. Especialmente el personal de enfermería de planta y UCIS, creo que son las que más síntomas de estrés están teniendo ya.” (Médica medicina preventiva hospital)

“Deberíamos hacer algo, porque ahora la gente se va a desinflar y se van a sentir peor, y con mucho cansancio mentalmente... como nos está pasando a nosotras también. Yo creo que van a tener secuelas importantes y hay que hacerles caso.” (Técnica SP hospital 4)

También señalan que la crisis actual está agravando y visibilizando **carencias y dificultades que ya**

estaban presentes antes de la pandemia, y no confían en que vayan a solucionarse después una vez que ésta pase. Hacen especial referencia a la elevada carga de trabajo que asumen y a la escasez de personal en los centros sanitarios, que da lugar a ratios muy elevados de paciente por profesional. Mencionan también las situaciones de violencia externa a las que se ven expuestos con demasiada frecuencia y la precariedad en las condiciones de contratación.

“Se está gestando un movimiento reivindicativo en urgencias por la precariedad laboral, aunque ya existía antes.” (Enfermera urgencias hospital)

“Lo de las 8 de la tarde está muy bien, pero probablemente hará aflorar reivindicaciones de cuestiones que se han desatendido durante mucho tiempo. Creo que habrá expectativas que si no se logran van a generar mucha insatisfacción. El reconocimiento social está bien, pero con el esfuerzo que han hecho, pues psicológicamente y por justicia esperan una recompensa.” (Gerente hospital)

“Ahora los centros de salud se van a tener que adaptar... el factor que salía en las evaluaciones de riesgos psicosociales más desfavorable era la carga de trabajo, pero ahora con esto aún va a ser peor...” (Técnica SP Primaria 2)

En cuanto a **actuaciones futuras** por parte de los servicios de prevención, salvo excepciones, en el momento de la realización de las entrevistas no se había previsto hacer ningún tipo de acción psicosocial con el personal sanitario después de la crisis.

“No, de momento no. Estamos en el día a día. Desde el SP no planeamos nada... Protocolo de vuelta sí, pero de protección biológica, nada psico.” (Técnica SP hospital 3)

“No hemos pensado en hacer ninguna intervención psicosocial, porque estamos con la reprogramación de todas las actividades y esto nos sobrepasa. Salimos a las 6 y en casa seguimos porque no paran de mandarnos protocolos.” (Técnica SP hospital 4)

“Desde gerencia están planeando cómo va a ser la nueva normalidad, qué medidas se van a adoptar en los puestos de trabajo, y creo que poner a psicólogos de los centros de salud a disposición de personal va a ser una de esas medidas...” (Técnica SP Primaria 2)

Consideran, además, que los riesgos psicosociales no son la prioridad de quienes toman las decisiones en el ámbito preventivo del sector sanitario y, en general, sienten que no tienen suficiente autonomía ni apoyo para adoptar las acciones preventivas que consideren oportunas.

“En las evaluaciones de riesgos y cosas más técnicas se lo pasamos todo a la dirección de gestión para que tomen las decisiones. Ellos paralizan mucho, no sacan las cosas... No puedo tomar ningún tipo de decisión.” (Técnica SP hospital 3)

“No creo que la única técnica que tiene el SP sea especialista en riesgos psicosociales y a mi jefe no le gusta nada eso, no hace más que dar largas para evaluar los riesgos psicosociales.” (Médico SP hospital 1)

“Nadie se va a encargar de esto (de los riesgos psicosociales) porque estamos en lo más inmediato y esto a la larga va a pasar factura. En sanidad nadie va a trabajar sobre esto, es importante que sigáis con este proyecto.” (Directora enfermería hospital)

De cara a desarrollar **futuros recursos para la prevención de los riesgos psicosociales** y de las consecuencias de la exposición a éstos durante la crisis sanitaria, el personal de los servicios de prevención señala que necesitan propuestas de acciones muy concretas, que no les lleve demasiado tiempo adaptar a su realidad preventiva, ya que también en los SP existen carencias de personal. Ponen el foco en la necesidad de disponer de **instrumentos específicos que les permitan valorar el impacto del trabajo sobre la salud mental de**

las personas trabajadoras de sus centros, tanto en esta situación particular como de forma general, en las actuaciones de vigilancia de la salud. Consideran que sería interesante, además, que el propio personal de los centros sanitarios disponga de instrumentos que les permitan identificar su estado psico emocional y sus necesidades de autocuidado, ya que tienen tendencia a desatenderse a sí mismos.

“Estaría bien saber cómo está la gente para volver a la normalidad y realizar valoraciones de cómo está el personal a nivel mental, qué impacto ha tenido en la salud mental (...). Un diagnóstico de cómo ha afectado esto a la gente”. (Técnica SP hospital 3)

“Una guía está bien, algo que no sea muy extenso, un manual, pero al grano, tiene que ser muy breve todo... O un protocolo, que no sea denso, que sean cosas claras, intervenciones concisas de cómo debe volver a la normalidad y con cosas factibles que se puedan llevar a cabo”. (Técnica SP hospital 3)

“Sería mucho más fácil para nosotros si nos dais unas pautas de las que partir para hacerlo. Y que fuera muy sintetizado, todo muy claro y al grano. Cosas concretas, lo más aplicables posible, sin necesidad de que requieran mucho tiempo porque somos solo 2, si no nosotras no

podemos. Sí, una guía para detección de posibles casos y también para el propio trabajador, tener también la herramienta para la solución: qué hacer una vez que lo detectas.” (Técnica SP hospital 4)

“Una herramienta para identificar a las personas que se encuentren en una situación de mayor vulnerabilidad tras la crisis por el COVID sería súper útil y la usaríamos. No sé cómo lo va a vigilar Salud Pública, pero debería hacerse.” (Médico SP hospital 2)

Sin embargo, señalan que la programación de acciones preventivas de carácter psicosocial que se realiza habitualmente depende, principalmente, de la jefatura de los SP y de la gerencia de los centros sanitarios, y consideran fundamental que se ponga en marcha una **campaña de sensibilización**. Además, incluso en el caso de que se planificase, el personal de los SP considera que en la situación actual va a resultar inasumible hacer una buena gestión de los riesgos psicosociales con los recursos de los que disponen.

“(...) los recursos es lo que me preocupa, lo veo complicado por el volumen que puede generar... eso lo veo inasumible por el SP, ninguno tiene recursos ahora mismo para asumir un trabajo supletorio de temas de ansiedad o de TEPT.” (Técnica SP hospital 3)

“No podemos contar con recursos propios. Con los psicólogos hasta ahora no, pero a partir de ahora a lo mejor sí... quizá podamos ampliar, dado que ahora están prestando apoyo.” (Técnica SP Primaria 2)

Por otra parte, las personas de los SP que han sido entrevistadas consideran que la exposición a riesgos psicosociales del personal de centros sanitarios, más allá de la actual situación de crisis, es consecuencia de una serie de deficiencias estructurales del sistema sanitario en las **condiciones de trabajo** (elevada carga de trabajo, ratios profesionales/pacientes excesivos, inseguridad en las condiciones de contratación, etc.). Sin embargo, solicitan expresamente que las recomendaciones preventivas que se proporcionen desde los organismos públicos no se ciñan a estas cuestiones, ya que exceden sus competencias dentro de los servicios de prevención.

“No hace falta que sea muy extensa, pero lo poco que recoja, que se pueda realizar.” (Técnica SP hospital 3)

“Es difícil también porque no puedes incidir por ejemplo en la carga de trabajo...” “Un modelo de evaluación para la vigilancia de la salud del estado mental de trabajadores en sanidad. No sé si existe ya algún test de estado psicológico que se pueda pasar e incluir en los recono-

cimientos médicos, como pasan una vez al año por el reconocimiento es el momento de poder hablar con ellos.” (Médico SP2)

En relación con la posibilidad de poner en marcha una **red de apoyo mutuo** dentro de los centros sanitarios, creen que sería de gran utilidad para los trabajadores y trabajadoras, aunque se deberían tener en cuenta aspectos prácticos que faciliten al personal el uso del recurso, teniendo en cuenta los turnos y horarios, las diferentes categorías profesionales, etc. También consideran importante que la difusión de la iniciativa tenga en cuenta a todas las personas y todos los medios disponibles, y que se haga ver a los trabajadores y trabajadoras su utilidad.

“Las enfermeras sí acogerían bien una red así y la figura de apoyo entre ellas. Lo malo es el tiempo, pero sí, la disponibilidad. Sí funcionaría que hubiera un grupo formado y que hagan una labor de estar atentas a sus compañeras que estén pasándolo mal. Podría costar al principio, pero si se ven resultados...” (Directora enfermería hospital)

“Podría ser interesante, pero se debería dar a conocer bien, no sólo poner a disposición, sino pasar por todos los hospitales y hacer unas pequeñas introducciones, dar charlas mínimas.” (Enfermera medicina preventiva hospital)

“Veo muy importante que se publicite bien. Hay programas que se organizan y no tienen una buena difusión. (...) Pero sentir que se ofrecen recursos y que están pendientes de ti y tú salud reconforta mucho, puede que al final la gente no los use tanto, pero saber que existen y que están ya sirve. Y lo que se haga tiene que contemplar la variedad de horarios del sector, ofrecer opciones de horarios y alternativas que permitan acceder a ellos.” (Médica medicina preventiva hospital)

5.4. Diagrama sistémico

El diagrama sistémico es una herramienta gráfica que muestra la visión general de la realidad compleja que nos ocupa de forma simplificada y sencilla. En el [Anexo 3](#) se muestra la imagen que representa el diagrama sistémico relacionado con los factores psicosociales en la primera ola de la pandemia COVID-19 entre los sanitarios.

A continuación, se narra de forma simplificada la realidad compleja del sistema en ese momento¹²:

La naturaleza del trabajo del personal sanitario le hace estar expuesto diariamente a una situación de altas demandas emocionales: tratar con personas, atender sus problemas de salud, diagnosticar

enfermedades y transmitirles la información sobre el proceso que pueden desarrollar y las alternativas de curación o no, acompañarlos a través de los cuidados sanitarios y personales, ser testigos de los momentos más difíciles de los pacientes en las terapias, tratar de aliviar y curar a los pacientes de sus procesos de enfermedad, etc. Tales condiciones de trabajo sitúan al personal de los centros sanitarios en una posición no solo de observación del sufrimiento ajeno, sino también de responsabilidad de aliviar su sufrimiento en la medida de sus posibilidades debido a su compromiso con el paciente y su profesión. Esto hace que estén sometidos diariamente a **factores de riesgo psicosocial**, lo que puede desencadenar alteraciones o **patologías psíquicas** como cuadros de ansiedad, depresión o estrés postraumático. Éstas, a su vez, pueden producir **bajas laborales** que disminuyen el personal disponible para trabajar en los centros de salud u hospitales (**recursos humanos**). Estas bajas se unen, además, a las que se están produciendo como consecuencia del propio **riesgo biológico** por exposición a la COVID-19. Dicha disminución en los recursos humanos genera una mayor **presión por alcanzar los resultados**, puesto que a cada profesional le corresponde atender a un mayor número de pacientes cuando no se cubren las bajas con nuevas contrataciones. Esta situación

¹² En negrita las correspondencias con los factores representados gráficamente.

funciona en sí misma como un factor de riesgo psicosocial que genera en el profesional un mayor estrés y frustración por el servicio que da a sus pacientes. Si esta situación se prolonga en el tiempo, realimenta el bucle que estamos describiendo que puede desencadenar daños a la salud mental.

Por otro lado, las patologías psíquicas dependen no solo de la exposición a factores de riesgo psicosocial en su trabajo, sino también a los propios **factores personales internos** (factores de vulnerabilidad o predisposición) de cada trabajador y a los **factores de riesgo específicos** generados por la crisis de la COVID-19.

El **conocimiento de la situación** de riesgo psicosocial a la que se estaba viendo expuesto el personal de los centros sanitarios, junto con la **percepción social negativa** de dicha situación, generó una preocupación en las **gerencias** de los centros sanitarios, que **buscaron soluciones** y pusieron en marcha **medidas preventivas** como, por ejemplo, los servicios de atención psicológica. En esta ocasión, debido a la pandemia, las repercusiones psicológicas fueron mucho más frecuentes de lo que venían siendo en los escenarios pasados y no solo agravaron las situaciones anteriores, sino que generaron mucha más presión, sobrecarga, ansiedad, *burnout*, etc., entre los profesionales. Además de las direcciones de los centros de salud y los hospitales, la situación fue conocida por toda

la sociedad, puesto que los sanitarios se convirtieron durante la crisis en uno de los mayores focos de interés mediático.

Las gerencias buscaron soluciones, pero para que estas fueran aplicadas debían cumplir dos condiciones: ser de **fácil implantación** y que su **coste** fuera **asumible**, puesto que no contaban con un presupuesto independiente para atender esta necesidad. Un ejemplo de estas medidas fue la puesta en funcionamiento de teléfonos de ayuda psicológica para los sanitarios. Los servicios de psiquiatría y psicología, al no tener que atender presencialmente a sus propios pacientes en el grado que lo hacían antes de la pandemia (puesto que el movimiento estaba limitado y aún no se habían desarrollado completamente los servicios telemáticos), ofrecieron sus servicios al personal de hospitales y centros de salud. Además, estos servicios elaboraban recomendaciones destinadas a los sanitarios para detectar su riesgo y adoptar medidas preventivas o tratamiento para aliviar el estrés intenso que estaban viviendo. Este es un ejemplo de las medidas sin coste y de fácil aplicación que se pusieron en marcha durante la pandemia.

Por otro lado, el colectivo sanitario **no siempre aceptó las medidas** propuestas por las gerencias. Las personas entrevistadas nos repitieron de forma continua que existían teléfonos de ayuda puestos a disposición por las gerencias pero ninguna de-

cía que hubiera hecho uso de ellos. Y es que la aceptación de las soluciones propuestas por las direcciones de los centros estaba determinada por varios factores.

En primer lugar, este colectivo necesita tener **confianza** en las medidas que se ofrezcan. En general, la profesión sanitaria, y muy especialmente las personas de la rama de la medicina, necesitan que cualquier solución o tratamiento que se ofrezca esté basado en la evidencia científica. No es en vano que sea el área de conocimiento con mayor número de congresos científicos organizados y artículos publicados. La medicina basada en la evidencia es uno de los pilares del trabajo de este colectivo, por lo que cualquier medida preventiva que se les ofrezca debe generarles suficiente confianza para que la adopten.

Por otro lado, es absolutamente necesario que las medidas sean de **fácil acceso**. Los sanitarios ya sostienen jornadas laborales muy cargadas y con poco tiempo disponible. Además, los pacientes están en el centro de su actividad. De manera que, si sienten que una acción enfocada a mejorar su salud psicosocial les va a restar tiempo de atención a sus pacientes no la van a utilizar.

Igualmente, existe una **cultura** entre cierto tipo de profesionales en la que no se debe mostrar “debilidad” psicológica delante de sus compañeros:

mostrar miedos, reconocerse vulnerables, admitir fragilidad... no se considera profesional. Cuando ocurre esto sienten que se les **estigmatiza** y les resta “profesionalidad”.

Otro factor a tener en cuenta es el **autocuidado**. Muchos profesionales tienden a cuidar a los demás antes de cuidarse a sí mismos. En ocasiones por desconocimiento de las formas de autocuidado o los efectos positivos que el autocuidado produce en ellos mismos y en sus pacientes, y en otras porque su profesionalidad o su impulso natural les llevan a no atenderse (priorizarse) de forma personal pero sí detectar el sufrimiento del otro. Esto adopta múltiples formas en el comportamiento diario del personal sanitario y se ha agudizado de forma evidente en esta crisis: alargando las jornadas sin hacer descansos, presentándose voluntarios para cubrir las bajas de los compañeros, sintiéndose culpables por enfermar y no poder acudir al puesto de trabajo, aislándose en las propias casas o en hoteles al volver del trabajo (lo que provocaba una mayor soledad y disminución del apoyo familiar), no hablando de sus miedos y sus preocupaciones en casa por no alertar a sus seres queridos, no utilizando los teléfonos de ayuda que se ofrecían, etc. La falta de autocuidado les llevaba, por una parte, a rechazar las soluciones o las medidas preventivas propuestas, y eso aumentaba el riesgo de sufrir estrés, ansiedad, síndrome de estar quemado,

trastorno de estrés postraumático, etc. Pero además, la falta de autocuidado es un factor que incrementa el riesgo de sufrir patologías psíquicas. En el sentido contrario, las personas conscientes de la **necesidad de ayuda psicológica** (como por ejemplo, aquellas que previamente han padecido alguna **patología psíquica**) aceptan en mayor grado las medidas preventivas propuestas.

La literatura científica pone de manifiesto que cuando se proponen, se invierten recursos **y se aceptan las medidas preventivas** adecuadas, el estrés, la ansiedad, la insatisfacción laboral, etc., disminuyen y se genera un ambiente personal, profesional y organizativo más saludable. Pero dichas medidas no deben centrarse en acciones puntuales, sino que **deben formar parte del sistema mismo, estar integradas en la organización, centradas en el colectivo, participadas por él y adoptadas en todos los niveles jerárquicos de la organización**, puesto que si son medidas superficiales y puntuales no perdurarán en el tiempo, no serán adoptadas por los profesionales y no cambiarán los patrones y la estructura del sistema, volviendo al punto de partida inicial.

El análisis de esta realidad da lugar a la identificación de dos **puntos de palanca** en la situación estudiada: en primer lugar, la necesidad de que las gerencias de los centros sanitarios inviertan recursos y pongan en marcha **medidas preventivas**

de los riesgos psicosociales, **específicas para su sistema y a sus profesionales** y, en segundo lugar, que las medidas preventivas sean **aceptadas** por parte del personal sanitario. Los factores que inciden de manera directa sobre alguno de los dos puntos clave descritos anteriormente, serán elementos fundamentales para el desarrollo de soluciones preventivas eficaces. Por ello, todos los productos preventivos que se desarrollen dentro de este marco deberán integrar la consideración de estos aspectos, a fin de proporcionarles las máximas garantías de efectividad posibles, teniendo en cuenta las particularidades del sistema.

5.5. Arquetipos de las personas trabajadoras

Con la información recabada en la explotación estadística, la revisión de la bibliografía y las entrevistas, se desarrollaron los arquetipos de las personas trabajadoras. Estos arquetipos plantean de forma general cuatro imágenes o modelos de profesionales. Sin duda, constituyen una simplificación de la realidad en la descripción de todas las realidades posibles de profesionales sanitarios en cuatro imágenes. Sin embargo, ofrecen un camino que se dirige directamente a los aspectos determinantes y diferenciadores de utilización o no de los servicios preventivos de intervención psicosocial.

El análisis de la información permitió identificar los aspectos clave en el uso de los servicios preventivos de intervención psicosocial en situaciones de crisis: la disposición hacia la ayuda y la disponibilidad horaria para recibirla. La combinación de ambos factores dio lugar a una categorización de los profesionales del sector sanitario en cuatro grandes grupos, para cada

uno de los cuales se realizaron arquetipos que recogían las principales características de las personas trabajadoras.

En concreto, y clasificados en función de los dos patrones nombrados -la disposición hacia la ayuda y el tiempo disponible para recibirla-, los arquetipos fueron los siguientes:

Tabla 4
Descripción de los arquetipos

DESCRIPCIÓN	GRADO DE ACEPTACIÓN DE AYUDA	TIEMPO DISPONIBLE
Arquetipo 1: auxiliar o enfermera/o de centro de salud que ha trabajado en IFEMA o celador/a de mortuorio	Alto	Alto
Arquetipo 2: residente o enfermera/o en un hospital o médica/o en un centro de salud	Alto	Bajo
Arquetipo 3: médica/o de hospital.	Bajo	Alto
Arquetipo 4: médico-jefa/e de unidad o director/a de enfermería.	Bajo	Bajo

Estos cuatro perfiles se tuvieron en cuenta en todo momento durante las etapas posteriores del proyecto, especialmente para el desarrollo de productos adaptados a los requisitos de cada uno de los grupos. Para cada arquetipo hay dos páginas que lo describen. En cada arquetipo se incluyó

una foto de un hombre o de una mujer para poder representar a las personas de ambos sexos. Los arquetipos completos se encuentran recogidos en el [anexo 4](#). Cada arquetipo se muestra como una ficha de perfil que recoge la siguiente información:

- Fotos representativas.
- Características profesionales.
- Metas.
- Valores en el trabajo.
- Desafíos o retos.
- Dolores, miedos y preocupaciones internas.
- Producto preventivo que necesito.
- Características que deben y no estar presentes en el producto.
- Razones por las que el producto es necesario.
- Ventajas e inconvenientes que le aporta el producto preventivo.
- Canales de información habituales.
- Datos de su vida personal en relación con el problema.



DISCUSIÓN

6. Discusión

Los resultados obtenidos confirman, en la línea de investigaciones anteriores (8, 9, 11-16, 18, 23, 28-31), que las condiciones de trabajo subyacentes al contexto de crisis sanitarias han dado lugar a una exposición intensa y prolongada a distintos **factores de riesgo psicosocial**. Entre éstos, cabe destacar una intensificación de los tiempos, cargas y ritmo de trabajo, el aumento de las exigencias cognitivas y emocionales, y los conflictos de rol derivados de la adopción de decisiones de vital importancia. Estos factores de riesgo psicosocial han sido descritos en las entrevistas y coinciden con los identificados en la bibliografía que describe, entre otros, la epidemia del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS): el conflicto de rol, la falta de entrenamiento y preparación, los entornos de trabajo de alto riesgo y percepción de inseguridad y las altas demandas del trabajo (23).

Los **efectos** sobre la salud de esta exposición se han manifestado, en todas las personas entrevistadas, mediante síntomas físicos y psíquicos de diversa índole y gravedad, destacando las alteraciones del sueño, las molestias musculares debidas a la tensión acumulada, la desesperanza, la tristeza y el miedo. Estas manifestaciones son compatibles con los hallazgos de la literatura científica consultada (8, 9, 11, 12, 32, 33), de la que se desprende que

las principales afecciones derivadas de las condiciones de trabajo en circunstancias como la de la actual crisis sanitaria son los trastornos depresivos y de ansiedad, el agotamiento y el trastorno de estrés postraumático. Además, el colectivo identificado como más vulnerable a padecer dichos efectos sobre la salud (el formado por mujeres, enfermeras o profesionales con baja cualificación, con edades comprendidas entre 20 y 30 años, con menos de cinco años de experiencia laboral y sin capacitación previa en intervención en crisis), tiene una amplia representación dentro de la población trabajadora de centros sanitarios de nuestro país. En este sentido, cabe destacar que los colectivos de profesionales de enfermería y de personal auxiliar están formados, en un porcentaje muy elevado, por mujeres. Igualmente, la necesidad de incrementar las plantillas de los centros sanitarios por la situación de emergencia ha provocado la contratación de un gran número de personas en prácticas o recién tituladas y, por tanto, con escasa o nula experiencia profesional. Estos datos parecen indicar que la población con mayor predisposición al desarrollo de patologías como consecuencia de las condiciones de trabajo durante la pandemia es muy numerosa y ha aumentado con la situación de crisis sanitaria.

Por otra parte, los resultados confirman que el principal recurso de ayuda y soporte para el afrontamiento de la situación por parte del personal de los centros sanitarios es el apoyo social. Este hallazgo, unido a la evidencia científica que sitúa al apoyo social como uno de los principales factores moderador entre los factores de riesgo psicosocial y sus efectos negativos sobre la salud de las personas trabajadoras (20, 23, 25-27, 29, 34-42), pone de relieve la necesidad de desarrollar **intervenciones preventivas** que fomenten, de manera estructurada, el apoyo social entre trabajadores y trabajadoras de los centros sanitarios. Además, el establecimiento de redes formales de ayuda mutua, integradas en la organización de los centros sanitarios, podría ser un recurso eficaz no solo para prestar apoyo emocional a las personas que lo necesiten sino también para identificar las personas con necesidad de una ayuda más especializada y facilitar la aceptación de ésta por su parte. Adicionalmente, dada la eficacia de la intervención en resiliencia como medida para mitigar los efectos de la exposición a factores de riesgo psicosocial no controlables (23, 43-47), debería ser contemplada dentro de las medidas preventivas a instaurar en los centros sanitarios. Sin embargo, las acciones preventivas dirigidas a los diferentes colectivos que los integran deben tener en cuenta las dificultades y reticencias de las personas trabajadoras para participar en ellas,

y adaptar tanto los contenidos como la forma de estas acciones preventivas a las particularidades de las personas a las que van dirigidas. En este sentido, los arquetipos de las personas trabajadoras desarrollados en el presente estudio pueden servir como base para adaptar los recursos preventivos a los distintos colectivos. Igualmente, es necesario que futuros trabajos profundicen en la adaptación de las medidas preventivas de los riesgos psicosociales a las características y necesidades de cada colectivo y en la eficacia de las mismas.

En cuanto a los **servicios de prevención**, se detecta la necesidad de disponer de pautas para orientar su actuación preventiva en materia de riesgos psicosociales en el marco de la crisis sanitaria, tanto ante futuras olas de la enfermedad como para la reincorporación al trabajo durante la etapa de la llamada “nueva normalidad”. Para dar cobertura a esta necesidad, desde el INSST se ha desarrollado, asociada al presente proyecto, la guía **“Trabajar en tiempos de COVID-19: buenas prácticas de intervención psicosocial en centros sanitarios”**(48).

Sin embargo, más allá de los objetivos planteados en relación con la crisis por la pandemia, la información recabada durante esta investigación sobre los servicios de prevención del sector sanitario y su actividad permite identificar claramente

que los riesgos psicosociales no se encuentran entre las actividades prioritarias, tanto en el caso de las actuaciones técnicas como en las de vigilancia de la salud. Este hecho es compatible con el sentimiento manifestado por las personas trabajadoras entrevistadas de que su salud psicosocial no es atendida habitualmente. A este respecto, es necesario que se desarrollen investigaciones que profundicen en los factores que influyen en la definición de las líneas de actuación preventiva de los centros sanitarios y que dan lugar a una infravaloración de los riesgos psicosociales y de su impacto en la población trabajadora.

Entre las limitaciones del estudio conviene señalar, en primer lugar, que las entrevistas se realizaron íntegramente con personas pertenecientes a los servicios de salud pública de la Comunidad de Madrid. Si bien muchos de los resultados obtenidos en este estudio podrían ser similares en otras comunidades autónomas, sin duda otros variarán dado que, por un lado, el impacto de la pandemia durante la primera ola ha sido muy distinto y, por otro lado, las condiciones de organización del trabajo pueden variar de unas comunidades autónomas a otras. Por lo tanto, las descripciones que se presentan en este estudio sobre la situación del personal de centros sanitarios de Madrid pueden no ser extrapolables al resto de centros sanitarios de España. En futuros estudios, sería deseable in-

cluir en la fase de entrevistas a personas trabajadoras de centros sanitarios de todas las comunidades autónomas.

Por otra parte, debido a la fecha en la que se inició el proyecto, los resultados obtenidos se enmarcan en el desarrollo de la primera ola, pudiendo no ser representativos de la situación del personal de centros sanitarios tras las siguientes olas de la pandemia. Dicha situación es cambiante con la evolución de la pandemia. En conversaciones posteriores con profesionales del sector sanitario hemos podido detectar ira, desapego o desilusión por el trabajo con los pacientes y con los responsables de las organizaciones sanitarias allí donde había frustración o tristeza por no realizar bien su labor. Asimismo, debido al momento en el que se realizaron las búsquedas bibliográficas y a la rápida evolución de la literatura científica desde ese momento, no se han tenido en cuenta en el estudio algunos resultados publicados con posterioridad que podrían tener gran relevancia para el objeto del presente proyecto.

En cuanto a la revisión bibliográfica, las búsquedas se realizaron muy centradas en el trastorno de estrés postraumático, siendo éste una consecuencia de la exposición a las condiciones de trabajo del personal sanitario en situación de crisis, pero no la principal. Para futuras investigaciones, sería nece-

sario ampliar la búsqueda a trastornos con mayor incidencia como la ansiedad y la depresión.

En relación con el colectivo objeto de estudio debemos señalar como una limitación la no consideración del personal de los servicios de urgencias extrahospitalarias. Este grupo de profesionales tiene unas condiciones de trabajo particulares no asimilables a las del personal de hospitales y centros de salud, a pesar de encontrarse expuestos en primera línea (itinerancia, trabajo bajo condiciones de presión temporal extrema, formación y experiencia en emergencias, etc.). Estas condiciones particulares, distintas a las del personal que desarrolla su labor en centros sanitarios, implican la necesidad de considerarles un colectivo independiente sobre el que convendría realizar estudios específicos.

Por último, las circunstancias de trabajo del propio equipo investigador, en el marco de la primera ola de la COVID-19, han supuesto algunos condicionantes a la falta de presencialidad, tanto en las reuniones internas del equipo como en las entrevistas y reuniones mantenidas con las personas trabajadoras del sector sanitario. Si bien los medios tecnológicos han sido un elemento clave para salvar algunas de las barreras comunicativas del trabajo a distancia, otros matices de la comunicación se han perdido, como es el caso de la información no verbal. Sin embargo, a pesar de estas dificultades, la situación de no presencialidad ha supuesto oportunidades, como por ejemplo una mayor flexibilidad para adaptar la realización de las entrevistas a las necesidades horarias de las personas entrevistadas.

Estudio de situación de los riesgos psicosociales en el personal de centros sanitarios: impacto de la pandemia por COVID-19

CONCLUSIONES



7. Conclusiones

Las condiciones de trabajo del personal de centros sanitarios durante la pandemia por COVID-19 están poniendo en situación de riesgo su **salud mental**. En este sentido, sobre la base de la evidencia científica acumulada, es necesario desarrollar instrumentos que permitan a los servicios de prevención la **identificación de los colectivos más vulnerables** dentro de su organización, a fin de diseñar actuaciones preventivas adaptadas y de establecer prioridades para su ejecución.

Si bien es cierto que, en gran medida, estas condiciones psicosociales de riesgo están asociadas a la propia naturaleza del trabajo en situaciones de crisis sanitaria y, por ende, son difícilmente eliminables, existen **estrategias de intervención preventiva** que permiten minimizarlas, como son las basadas en la resiliencia o en el apoyo social. Es necesario desarrollar programas adaptados a las necesidades particulares de los diferentes perfiles profesionales, de manera que se optimicen tanto su uso como su eficacia. Para ello pueden resultar de utilidad los arquetipos desarrollados en este trabajo a partir del diagnóstico de la situación. Estas intervenciones preventivas deben encontrarse **integradas en la organización general de los centros sanitarios**, ya que la aplicación de medi-

das puntuales no daría lugar a cambios profundos en la compleja realidad preventiva de los riesgos psicosociales del sector.

De forma complementaria, se hace imprescindible introducir medidas para la **vigilancia de la salud mental** del personal de los centros sanitarios. Si bien siempre es importante, en sectores especialmente expuestos a trabajo emocional, como es el caso del sanitario, en una situación en la que la exposición a factores de riesgo psicosocial no se ha podido prevenir ni evitar, la vigilancia de la salud mental es un elemento clave para la prevención secundaria y para la intervención temprana sobre los posibles daños derivados.

Adicionalmente, la situación de crisis sanitaria ha puesto de manifiesto que los colectivos del sector sanitario, más allá del marco de la crisis pandémica, se encuentran altamente expuestos a factores de riesgo psicosocial. A pesar de ello, se ha podido comprobar que esta exposición **no se encuentra entre las prioridades** de actuación de las entidades encargadas de la gestión preventiva. Es recomendable, por ello, llevar a cabo **campañas de sensibilización y concienciación** dirigidas a los agentes que intervienen en el sistema preventivo del sector sanitario.

Por todo ello, se concluye que es urgente que las personas y/u organismos con responsabilidad sobre dichas condiciones de trabajo pongan en marcha actuaciones preventivas que garanticen la protección de la salud mental de los colectivos que

forman parte de los centros sanitarios. Se necesita más investigación que profundice en las **causas de las deficiencias en la gestión de los riesgos psicosociales en el sector sanitario y en el desarrollo de posibles soluciones.**



Estudio de situación de los riesgos psicosociales en el personal de centros sanitarios: impacto de la pandemia por COVID-19

ANEXOS DE GRÁFICOS Y TABLAS

8. Anexos de gráficos y tablas

Tabla 5
Resultados de búsqueda bibliográfica

AUTORÍA	AÑO	TÍTULO	CONTENIDOS
Adler AB	2017	Caring for those who care: the role of the occupational health nurse in disasters	TEPT, factores de estrés, personal médico militar, agotamiento, autocuidado y liderazgo
APA	2012	Los policías frente al estrés postraumático	TEPT, personal de emergencias, intervención
Astorga	2017	El impacto y cuidado de la salud mental en bomberos e intervinientes	Impacto psicológico, personal de emergencias, intervención, apoyo entre pares, primeros auxilios psicológicos
Baas	2018	Work-related adverse events leaving their mark: a cross-sectional study among Dutch gynaecologists.	TEPT, personal sanitario, intervención, apoyo entre pares
Benedek	2006	Caring for those who care: the role of the occupational health nurse in disasters	Impacto psicológico de acontecimientos traumáticos en personal de emergencias, factores de riesgo, intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas
Benedek	2007	First responders: mental health consequences of natural and human-made disasters for public health and public safety workers	Impacto psicológico, personal de emergencias, desastres naturales y humanos, intervención, primeros auxilios psicológicos
Brooks	2018	A Systematic, Thematic Review of Social and Occupational Factors Associated with Psychological Outcomes in Healthcare Employees During an Infectious Disease Outbreak	SARS, impacto psicológico, personal sanitario, factores de riesgo y de protección, intervención, resiliencia

Estudio de situación de los riesgos psicosociales en el personal de centros sanitarios: impacto de la pandemia por COVID-19

AUTORÍA	AÑO	TÍTULO	CONTENIDOS
Burgos Varo, ML	2006	Intervención grupal en los trastornos de ansiedad en Atención Primaria: técnicas de relajación y cognitivo-conductuales	Intervención, personal sanitario
Chan AO	2004	Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore	Impacto psicológico, SARS, factores de riesgo, intervención
Chen	2020	Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak	Covid-19, programas de intervención psicológica, recursos en línea, personal sanitario
Colegio Oficial de la Psicología de Madrid	2020	Intervención psicológica para personal sanitario	Covid-19, impacto emocional, evaluación
Donnelly	2016	Predictors of posttraumatic stress and preferred sources of social support among Canadian paramedics.	TEPT, personal sanitario, intervención, apoyo entre pares
Dowling	2006	A peer-based assistance program for officers with the New York City Police Department: report of the effects of Sept. 11, 2001.	11S, personal policial, intervención, programa POPPA, apoyo entre pares
Dowling	2005	A confidential peer-based assistance program for police officers.	11S, personal policial, intervención, programa POPPA, apoyo entre pares
García	2010	Prevención de trastorno de estrés postraumático en supervivientes del terremoto de Chile de febrero de 2010: una propuesta de intervención narrativa	Catástrofes naturales, personal sanitario, intervención, enfoque narrativo

Estudio de situación de los riesgos psicosociales en el personal de centros sanitarios: impacto de la pandemia por COVID-19

AUTORÍA	AÑO	TÍTULO	CONTENIDOS
Gregory	2019	The impact of the Paris terrorist attacks on the mental health of resident physicians.	TEPT, depresión, ataque terrorista, personal médico residente
Guimón	2008	Prevención y tratamiento de cuadros de Estrés por terrorismo	Terrorismo, TEPT, intervención
Hagh-Shenas	2005	Psychological consequences of the Bam earthquake on professional and nonprofessional helpers	Impacto psicológico, catástrofes naturales, nivel de capacitación formal
Hisei Imai	2020	Trust is a key factor in the willingness of health professionals to work during the COVID-19 outbreak: Experience from the H1N1 pandemic in Japan 2009	Covid-19, intervención, información, motivación
Hunt	2013	TRIM: an organizational response to traumatic events in Cumbria Constabulary.	TEPT, personal militar, intervención, programa Trim, apoyo entre pares
Intensive Care Society	2020	Consejos para lograr el bienestar de los profesionales durante y después de covid-19	Covid-19, personal sanitario, intervención
Jain	2012	Is There a Role for Peer Support Delivered Interventions in the Treatment of Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder?	TEPT, personal militar, intervención, apoyo entre pares
Jianbo Lai	2019	Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019	Covid-19, impacto emocional, personal sanitario, factores de riesgo
Jones	2003	Peer-group risk assessment: a post-traumatic management strategy for hierarchical organizations	TEPT, personal militar, programa de intervención, apoyo entre pares, resiliencia

Estudio de situación de los riesgos psicosociales en el personal de centros sanitarios: impacto de la pandemia por COVID-19

AUTORÍA	AÑO	TÍTULO	CONTENIDOS
Joseph	2015	Peer Support Telephone Outreach Intervention for Veterans With PTSD	TEPT, personal militar, intervención, apoyo entre pares
Jung	2019	Assessing the Presence of Post-Traumatic Stress and Turnover Intention Among Nurses Post-Middle East Respiratory Syndrome Outbreak: The importance of supervisor support	MERS, impacto psicológico, personal sanitario, intervención
Kang	2020	Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study	Covid-19, impacto psicológico, factores de riesgo, servicios de ayuda
Kerkman	2019	Traumatic Experiences and the Midwifery Profession: A Cross-Sectional Study Among Dutch Midwife	TEPT, personal sanitario, intervención, apoyo entre pares
Liu	2020	Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak	Impacto psicológico, Covid-19, programas de intervención psicológica, recursos en línea, personal sanitario
Maunder	2004	The Experience of the 2003 SARS outbreak as a traumatic stress among frontline health-care workers in Toronto: lessons learned	SARS, impacto psicológico, factores de riesgo, intervenciones
McDaniel	2020	The Second Victim Phenomenon: How Are Midwives Affected?	TEPT, personal sanitario, intervención, apoyo entre pares
Moritz	2020	Umgang mit psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmender Covid-19-Pandemie	Covid-19, impacto psicológico, intervención, personal sanitario

Estudio de situación de los riesgos psicosociales en el personal de centros sanitarios: impacto de la pandemia por COVID-19

AUTORÍA	AÑO	TÍTULO	CONTENIDOS
Nevarez	2017	Friendship in War: Camaraderie and Prevention of Posttraumatic Stress Disorder Prevention	TEPT, personal militar, intervención, apoyo entre pares
Otero	2014	Plan de retorno al trabajo tras baja laboral por motivos de salud mental	Salud mental laboral, programas de ayuda al empleado
Ping	2009	The Psychological Impact of the SARS Epidemic on Hospital Employees in China: Exposure, Risk Perception, and Altruistic Acceptance of Risk	Impacto psicológico, SARS, factores moderadores, personal sanitario
Prieto-Callejero	2020	Revisión sistemática sobre la reducción de efectos emocionales negativos en trabajadores del área de emergencias y catástrofes mediante técnicas de catarsis	Impacto psicológico, personal de emergencias, intervención, apoyo entre pares, primeros auxilios psicológicos, debriefing
Serrano-Ripoll	2020	Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis.	Covid-19, impacto emocional, factores de riesgo
Seyyed Abolfazl	2018	The Role of Peer Support Group in Subjective Well-Being of Wives of War Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder	TEPT, personal militar, intervención, apoyo entre pares
Shalev	2020	Epidemic psychiatry: The opportunities and challenges of COVID-19	Covid-19, recursos de apoyo, personal sanitario
Slad	2018	A programme for the prevention of post-traumatic stress disorder in midwifery (POPPY): indications of effectiveness from a feasibility study	TEPT, personal sanitario, programa de intervención, apoyo entre pares

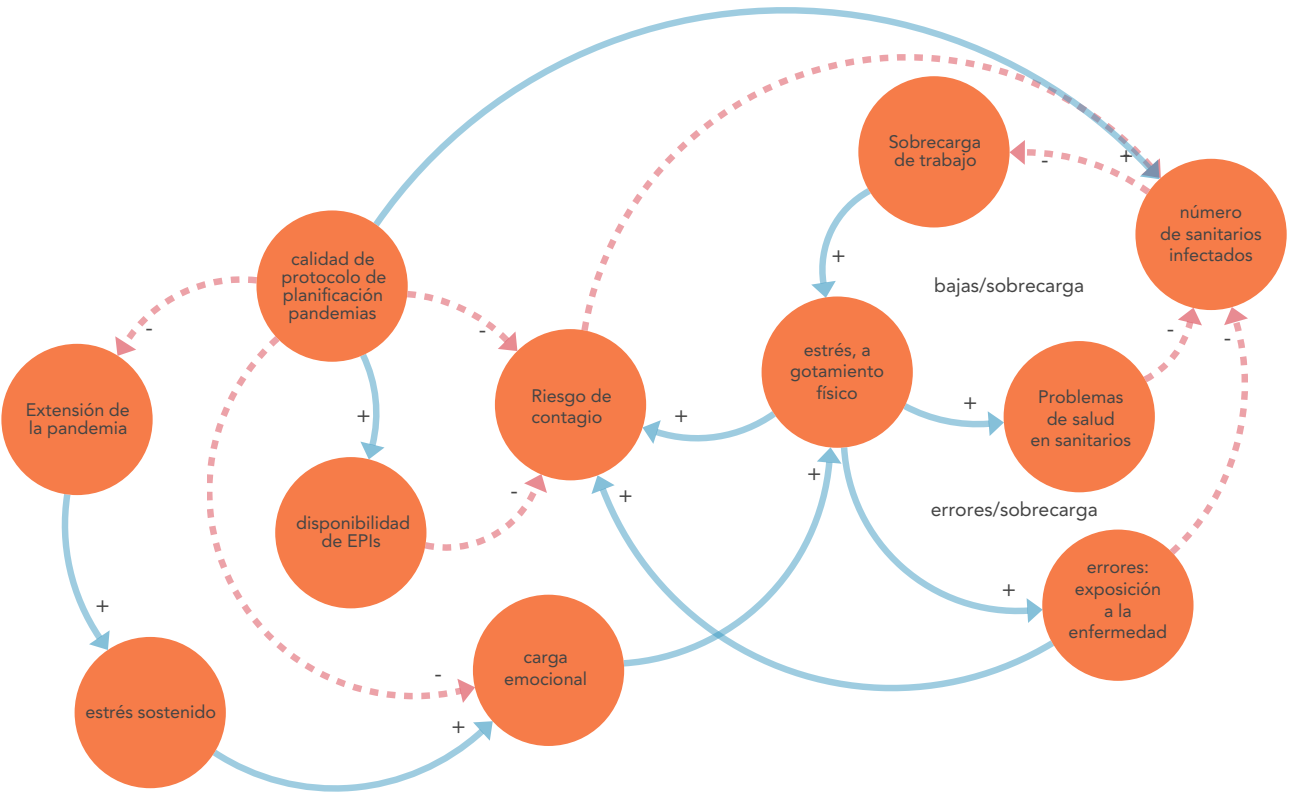
Estudio de situación de los riesgos psicosociales en el personal de centros sanitarios: impacto de la pandemia por COVID-19

AUTORÍA	AÑO	TÍTULO	CONTENIDOS
Slykerman	2019	Peer support in anaesthesia: Development and implementation of a peer-support programme within the Royal Brisbane and Women's Hospital Department of Anaesthesia and Perioperative Medicine	Personal sanitario, intervención, apoyo entre pares
Sociedad Española de Cuidados Paliativos	2020	Sugerencias para promover la resiliencia de un equipo sanitario que se enfrenta a situaciones de alto impacto emocional de forma continuada	Impacto emocional, intervención, autocuidado
Strand	2010	Critical incident stress management (CISM) in support of special agents and other first responders responding to the Fort Hood shooting: summary and recommendations.	TEPT, personal policial, intervención, apoyo entre pares
Tang	2020	Prevalence and related factors of post-traumatic stress disorder among medical staff members exposed to H7N9 patients	H7N7, personal sanitario, impacto psicológico, factores de riesgo
Tomczyk	2008	Caring for those who care: the role of the occupational health nurse in disasters	Impacto psicológico, SARS, personal de enfermería
Tung-Ping	2007	Prevalence of psychiatric morbidity and psychological adaptation of the nurses in a structured SARS caring unit during outbreak: a prospective and periodic assessment study in Taiwan	Impacto psicológico, SARS, personal de enfermería
VVAA	2004	El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención	TEPT, intervención, personal de emergencias, apoyo entre pares, compromiso organizacional

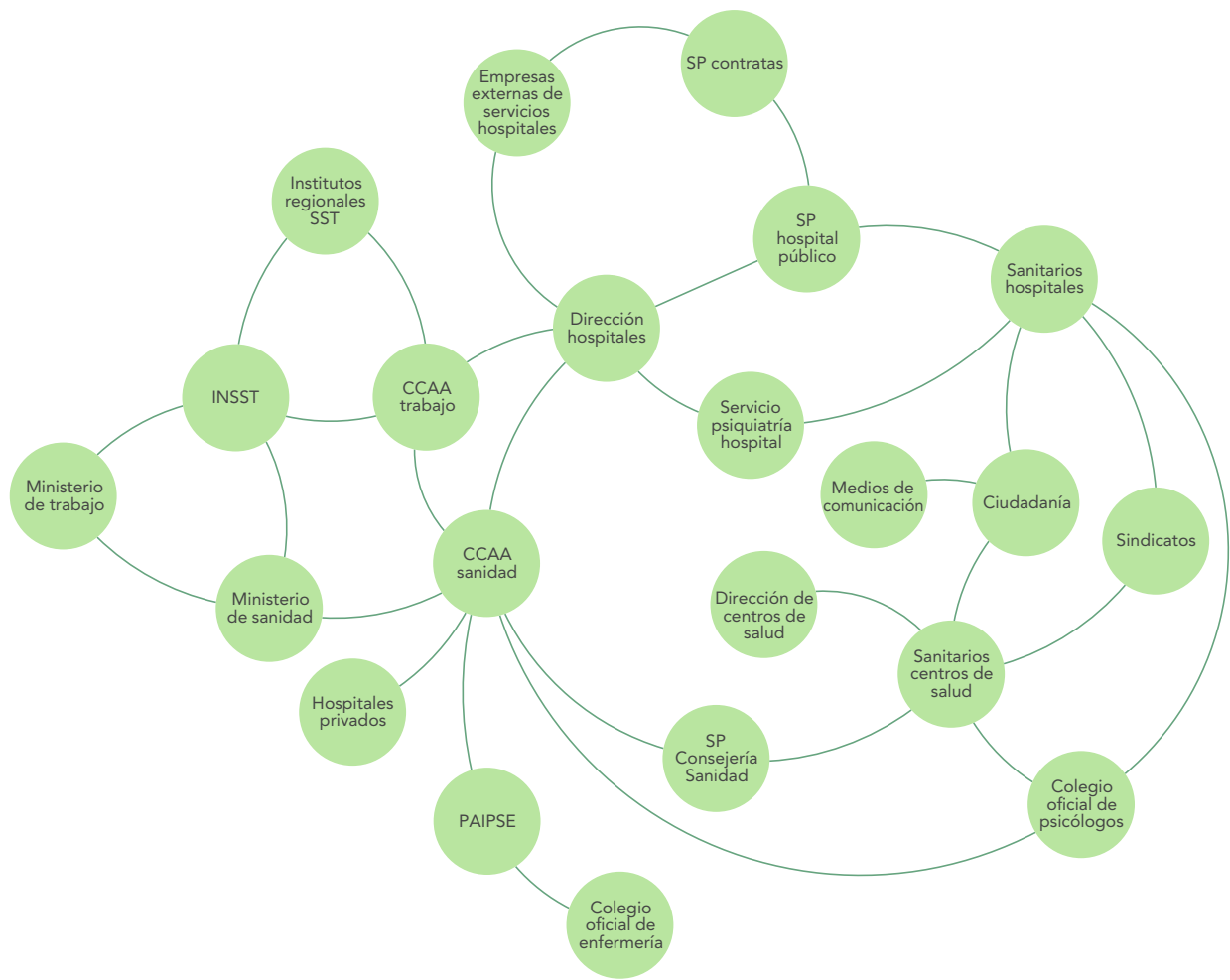
Estudio de situación de los riesgos psicosociales en el personal de centros sanitarios: impacto de la pandemia por COVID-19

AUTORÍA	AÑO	TÍTULO	CONTENIDOS
Wang	2010	Symptoms of posttraumatic stress disorder among health care workers in earthquake-affected areas in southwest China	TEPT, factores de riesgo, catástrofe natural, personal sanitario
Whybrow	2015	Promoting organizational well-being: a comprehensive review of Trauma Risk Management.	TEPT, personal militar, intervención, programa TRIM, apoyo entre pares
Zhen	2012	Posttraumatic stress disorder of Red Cross nurses in the aftermath of the 2008 Wenchuan China Earthquake	TEPT, depresión, catástrofe natural, personal de enfermería, búsqueda de ayuda

Anexo 1
Diagrama sistémico inicial

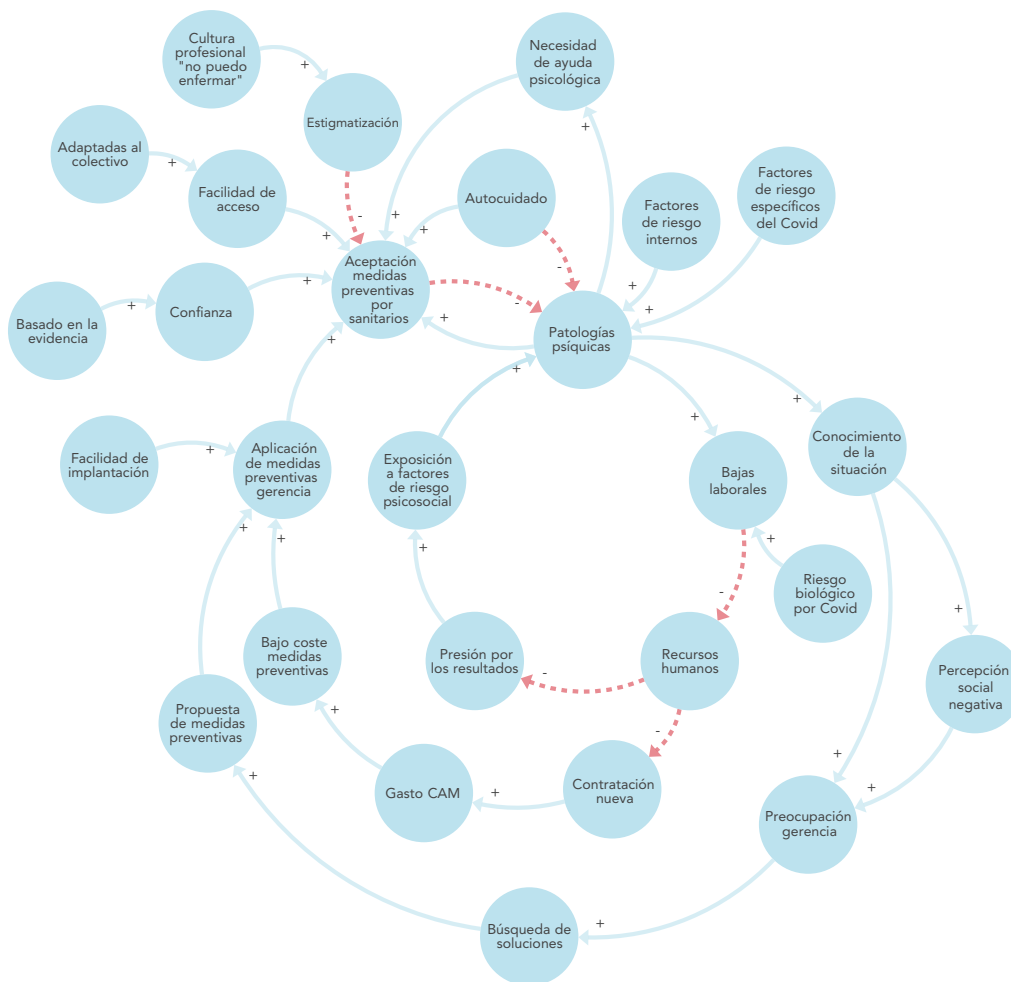


Anexo 2
Diagrama de actores



Anexo 3

Diagrama sistémico tras fase de investigación



Anexo 4. Arquetipos



CARACTERÍSTICAS PROFESIONALES

Trabajo en un centro de salud, en Madrid.
Tengo menos de 30 años y poca antigüedad en mi puesto.
Mi contrato es temporal, de jornada completa.

PRODUCTO QUE NECESITO

Apoyo psicosocial durante la crisis.
Evaluación del impacto.
Vigilancia de la salud mental.
Prevención de los riesgos psicosociales para las siguientes olas.

¿POR QUE LO NECESITO?

He sentido mucho miedo por contagiarme y contagiar a mi familia.
No he tenido EPI o han sido inadecuados.
No tengo herramientas emocionales para enfrentarme a esta situación. Estoy desbordada/o.
Esta crisis me ha impactado mucho: he visto morir a mucha gente, antes no tenía ese contacto con la muerte. He visto muchísimos pacientes graves y solos.
Me he sentido estigmatizada/o y me he ido a casa de una amiga para no contagiar a mi familia.

ARQUETIPO 1

AUXILIAR O ENFERMERA/O DE CENTRO DE SALUD QUE HA TRABAJADO EN IFEMA, O CELADOR/A DE MORTUORIO

FUENTES DE INFORMACIÓN

- Whatsapp de sanitarios.
- Revistas de enfermería.
- Salas de descanso de la planta o centro de salud.
- Cafetería de trabajadores del hospital.
- Medios de comunicación generales.

PRODUCTO

Características que tienen que estar presentes

Debe estar organizado por la gerencia del centro de salud o del hospital. Confío en ellos y quiero sentirme cuidada por ellos. Deben llevarlo psicólogos, confío en ellos. Ya he estado antes en terapia y me funcionó.

Características que no tienen que estar presentes

No tengo ninguna exigencia particular.

Problemas para usarlo

Ninguno en particular.

MIS METAS

Expresarme, ser escuchada.

Ser capaz de gestionar mejor mi estrés y digerir lo que he vivido.

Quiero, descansar, dormir bien y no tener pesadillas.

Deseo que se reconozca mi trabajo.

Necesito que me den medios para no tener esta sobrecarga y poder cuidar bien a mis pacientes.

Necesito que se tengan en cuenta nuestras necesidades y opiniones.

MIS VALORES EN EL TRABAJO

Quiero dar un buen servicio: soy profesional.

Me encanta mi trabajo: volvería a elegirlo.

Tengo un gran sentimiento de pertenencia a mi colectivo.

Por encima de todo están los pacientes, merecen un trato humano y cercano.

PRODUCTO

Mis desafíos o retos. Lo que estoy dispuesta a hacer

Estaría dispuesta a recibir el servicio de forma telemática, si hiciera falta.

Podría pedir permiso en mi trabajo para recibir la intervención.

Mis malestares, mis miedos, mis preocupaciones internas

Esta situación me ha tocado mucho, no estaba preparada para emergencias.

Soy muy empática.

He sufrido mucho por las familias y por ver la soledad de los pacientes.

He tenido antes depresión o ansiedad y me preocupa que me vuelva a pasar.

Tengo insomnio y pesadillas que me recuerdan a los pacientes.

No puedo quitarme algunas imágenes de la cabeza.

Mis objeciones

No tengo ninguna objeción a que se me ofrezca ayuda

MI VIDA PERSONAL

Durante la primera ola de la Covid me he aislado dentro de mi casa para no contagiar a mi familia.

Mi familia y amigos no me entienden, le quitan importancia. Nos entendemos mejor entre nosotras.

Tengo antecedentes de patología psíquica personal o familiar.

“He sentido muchísima tristeza. A veces, solo con mirarnos se nos saltaban las lágrimas”



CARACTERÍSTICAS PROFESIONALES

Trabajo en un centro de salud o en un hospital, en Madrid.
Tengo entre 25 y 65 años y de 1 a 40 años de antigüedad en mi puesto. Trabajo a jornada completa.

PRODUCTO QUE NECESITO

Apoyo psicosocial durante la crisis.
Evaluación de impacto.
Vigilancia de la salud mental.
Prevención de riesgos psicosociales para las siguientes olas.

¿POR QUE LO NECESITO?

He tomado ansiolíticos durante la crisis.
He sentido mucho miedo al contagio o a contagiar a mi familia, así que me he ido a un hotel o me he aislado en mi casa.
Echo de menos los abrazos de los míos.
Me he sentido estigmatizada/o.
Tengo alguna herramienta emocional para enfrentar esta situación, pero necesito más y tiempo a hacer coraza.
No he tenido EPI o han sido inadecuados.
Esta crisis me ha impactado mucho: he visto morir a mucha gente, antes no tenía demasiado contacto con tantas muertes.
He atendido a muchísimos pacientes graves y solos.
Me he sentido frustrada por no poder hacer más.

ARQUETIPO 2

RESIDENTE O ENFERMERA/O EN UN HOSPITAL O MÉDICA/O EN UN CENTRO DE SALUD

FUENTES DE INFORMACIÓN

- Whatsapp de sanitarios.
- Revistas de enfermería o medicina.
- Webinars de profesionales.
- Diarios médicos.
- Compañeros a los que admiro.
- Cafetería de trabajadores del hospital o sala de descanso del centro de salud.

PRODUCTO

Características que tienen que estar presentes

Debe estar organizado por la gerencia del centro de salud o del hospital y ser gratuito.
Quiero sentirme cuidada/o por ellos y sentir que me animan a usar el servicio.
Confío en los psicólogos para hacer una intervención de ayuda. La acepto y la busco. Ya he estado en consulta antes y me ha funcionado.
Tengo poco tiempo, tienen que venirme a buscar y llamarme, así sí acepto ayuda.
Debe ser en mi horario laboral y estar integrado en el sistema del hospital o el centro de salud.

Características que no tienen que estar presentes

No debe implicar un esfuerzo por mi parte como desplazarme a algún sitio fuera de mi lugar de trabajo.

Si hubiese un grupo de apoyo no quiero abrirme delante de mis compañeros.

Problemas para usarlo

Los pacientes son lo primero, si les va a repercutir negativamente en su atención, no voy a usar el servicio.

No tengo tiempo para recibir la ayuda.

Puedo resistir más.

Si implica mi energía para acudir, no lo voy a hacer.

MIS METAS

Expresarme, ser escuchada.

Ser capaz de gestionar mejor mi estrés y digerir lo que he vivido.

Quiero descansar, dormir bien y no tener pesadillas.

Deseo que se reconozca mi trabajo.

Necesito que me den medios para no tener esta sobrecarga y poder cuidar bien a mis pacientes.

Que se tengan en cuenta nuestras necesidades y opiniones como colectivo.

MIS VALORES EN EL TRABAJO

Quiero dar un buen servicio: soy profesional.

Me encanta mi trabajo: volvería a elegirlo.

Tengo un gran sentimiento de pertenencia a mi colectivo.

Por encima de todo están los pacientes, merecen un trato humano y cercano.

PRODUCTO

Mis desafíos o retos. Lo que estoy dispuesta a hacer

En mi lugar de trabajo tengo poco tiempo para acudir a un servicio de ayuda. Si no me implicase moverme y me llamaran estaría encantada de recibirlo.

Estoy dispuesta a atender el teléfono si me llaman, pero probablemente yo no a hacer ninguna llamada a un teléfono de ayuda.

Mis malestares, mis miedos, mis preocupaciones internas

Esta situación me ha tocado mucho, no estaba preparada/o para esta emergencia o este tipo de trabajo.

Soy muy empática/o. He sufrido mucho por las familias y por ver la soledad de los pacientes.

He tenido antes depresión o ansiedad y me preocupa que me vuelva a pasar.

Tengo insomnio y pesadillas que me recuerdan a los pacientes. No puedo quitarme algunas imágenes de la cabeza.

Mis objeciones

Por ahora no tengo inconveniente en que se me ofrezca algún tipo de ayuda, aunque no debe requerir que sea yo quien la busque.

MI VIDA PERSONAL

Durante la primera ola de la Covid me he ido a un hotel para no contagiar a mi familia, o me he aislado dentro de mi casa.

Vivo sola/o y no comparto mis problemas con mi familia para no preocuparles más.

Nos apoyamos entre las/os compañeras/os, entendemos lo que sentimos.

Tengo antecedentes de patología mental personales o en mi familia.

“Vamos a necesitar mucha ayuda después de esto, y muchos no nos damos cuenta”



CARACTERÍSTICAS PROFESIONALES

Trabajo en un hospital, en Madrid.

Tengo entre 30 y 60 años y de 5 a 35 años de antigüedad en mi puesto.

Trabajo en jornada completa.

PRODUCTO QUE NECESITO

Apoyo psicosocial durante la crisis.

Evaluación de impacto.

Vigilancia de la salud mental Prevención de riesgos psicosociales para las siguientes olas

¿POR QUE LO NECESITO?

He tomado ansiolíticos durante la crisis.

He sentido mucho miedo al contagio o a contagiar a mi familia, así que me he ido a un hotel o me he aislado en mi casa.

Echo de menos los abrazos de los míos.

Me he sentido estigmatizada/o.

Tengo alguna herramienta emocional para enfrentar esta situación, pero necesito más y tiendo a hacer coraza.

No he tenido EPI o han sido inadecuados.

Esta crisis me ha impactado mucho: he visto morir a mucha gente, mi trabajo es salvar al paciente y he sentido que no he podido ser tan profesional como hubiera deseado.

Me he sentido frustrada/o por no poder hacer más.

ARQUETIPO 3

MÉDICA/O DE HOSPITAL

FUENTES DE INFORMACIÓN

- Sesiones clínicas.
- Whatsapp de sanitarios.
- Revistas de enfermería o medicina.
- Webinars de profesionales.
- Diarios médicos.
- Compañeros a los que admiro.
- Cafetería de trabajadores del hospital.

PRODUCTO

Características que tienen que estar presentes

Debe estar organizado por la gerencia de mi hospital, aunque no estoy contenta con ellos y debe ser gratuito.

Quiero sentirme cuidada por ellos.

Deben garantizarme que no se va a poner en duda mi profesionalidad por acudir al servicio.

Debe estar aceptado y bien visto por mis superiores.

Tengo poco tiempo, tienen que venirme a buscar y llamarme, así sí acepto ayuda.

Debe ser en mi horario laboral y estar integrado en el sistema del hospital.

Debe ser una actuación basada en la evidencia que haya demostrado eficacia.

Características que no tienen que estar presentes

No debe implicar ningún esfuerzo por mi parte.

No voy a expresar mis debilidades delante de mis compañeros, es poco profesional.

No confío en los psicólogos. He tenido malas experiencias previas.

No confío en el servicio de prevención ni en la gerencia.

No voy a usar medios telemáticos desde casa.

Problemas para usarlo

Reconocer mis debilidades ante los demás.

Si implica mi energía para acudir, no lo voy a hacer.

Tengo miedo de que se ponga en duda mi profesionalidad si acudo al servicio de ayuda.

MIS METAS

Quiero descansar, dormir bien y no tener pesadillas.

Necesito que me den medios para no tener esta sobrecarga y poder cuidar bien a mis pacientes.

Sentirme buen/a profesional y que puedo dar lo mejor de mí a mis pacientes.

Desearía no tener un bajón cuando relaje.

Quiero que se tengan en cuenta nuestras necesidades y opiniones.

MIS VALORES EN EL TRABAJO

Quiero dar un buen servicio: soy profesional.

Estoy comprometida/o por completo con la salud de mis pacientes.

Me encanta mi trabajo: volvería a elegirlo.

Tengo un gran sentimiento de pertenencia a mi colectivo.

PRODUCTO

Mis desafíos o retos. Lo que estoy dispuesta a hacer

Por ahora no tengo disposición para hacer nada activamente.

Mis malestares, mis miedos, mis preocupaciones internas

Tengo mucho miedo a lo que pueda suceder en el futuro, no veo el final de esta situación.

Esta experiencia me ha tocado mucho, no estaba preparada/o para este nivel de emergencia o este tipo de trabajo.

Soy muy empática/o. He sufrido mucho por los pacientes, por no poder darles un buen servicio y por ver su soledad.

He tenido antes depresión o ansiedad y me preocupa que me vuelva a pasar.

Tengo insomnio y pesadillas que me recuerdan a los pacientes. No puedo quitarme algunas imágenes de la cabeza.

Mis objeciones

No quiero compartir mis sentimientos delante de mis compañeros de trabajo.

MI VIDA PERSONAL

Durante la primera ola de la Covid me he ido a un hotel para no contagiar a mi familia, o me he aislado dentro de mi casa.

Mi familia y amigos no me entienden, le quitan importancia.

Tengo antecedentes de patología mental personales o en mi familia.

“La salud mental no se cuida en nuestro colectivo y cuando se ofrece ayuda no la utilizamos”



CARACTERÍSTICAS PROFESIONALES

Trabajo en un hospital, en Madrid.

Tengo entre 50 y 65 años y más de 20 años de antigüedad en mi puesto.

Dirijo un equipo de profesionales.

Trabajo en jornada completa y tengo plaza fija.

PRODUCTO QUE NECESITO

Apoyo psicosocial durante la crisis.

Evaluación del impacto.

Vigilancia de la salud mental.

Prevención de riesgos psicosociales para las siguientes olas.

¿POR QUE LO NECESITO?

He tomado ansiolíticos durante la crisis.

He sentido mucho miedo a contagiar a mi familia, así que me he ido a un hotel o me he aislado en mi casa.

Mi herramienta emocional para enfrentar esta situación es hacer coraza y centrarme por completo en mi trabajo.

No he tenido EPI o han sido inadecuados.

Esta crisis me ha impactado mucho: ha sido un reto.

Era hora de trabajar y no quejarse demasiado.

He visto morir a mucha gente, compañeros que han enfermado e incluso muerto.

Hemos tenido que cambiar los protocolos continuamente y no nos daban medios.

ARQUETIPO 4

MÉDICA/O-JEFA/E DE UNIDAD O
DIRECTOR/A DE ENFERMERÍA

FUENTES DE INFORMACIÓN

- Sesiones clínicas.
- Reuniones con la dirección médica.
- Webinarios de profesionales.
- Diarios médicos.
- Revistas de enfermería o medicina.
- Gerencia o profesionales de prestigio a los que admiro.
- Cafetería de trabajadores del hospital.

PRODUCTO

Características que tienen que estar presentes.

Intervención no llevada por psicólogos o, si es por psicólogos, por profesionales de alto prestigio.

Tengo poco tiempo, tienen que venirme a buscar y llamarme. E incluso así ya veremos si acepto ayuda.

Quizás solo lo use si la gerencia me obliga.

Lo que sea debe estar integrado en el sistema del hospital.

Debe ser una actuación basada en la evidencia, científica, respaldada y que haya demostrado eficacia.

Características que no tienen que estar presentes.

Debe estar organizado por la gerencia de mi hospital y ellos van a decidir si se hace o no.

No debe implicar ningún esfuerzo por mi parte.

No voy a expresar mis debilidades delante de mis compañeros, es poco profesional.

No confío en los psicólogos. He tenido malas experiencias previas.
No confío en el servicio de prevención.
No voy a usar medios telemáticos desde casa.

Problemas para usarlo

No tengo tiempo para recibir la ayuda o atender a ningún riesgo psicosocial.
No voy a acudir a un grupo de compañeros que implique reconocer mis debilidades ante los demás.
Si implica mi energía para acudir, no lo voy a hacer.

MIS METAS

Ser un ejemplo para otros.
Gestionar el trabajo de forma eficiente.
Tener un equipo comprometido con el trabajo.
Ser competitivo/a y dirigir un servicio de referencia.
Quiero que se tengan en cuenta mis necesidades y opiniones.
Necesito que me den medios para no tener esta sobrecarga, poder cuidar bien a mis pacientes y organizar bien el servicio.
Sentirme buen/a profesional y poder dar lo mejor de mí a mi equipo y a mis pacientes.
Desearía no tener un bajón cuando relaje.

MIS VALORES EN EL TRABAJO

Quiero dar un buen servicio: soy profesional y quiero ser un referente para otros.
Estoy comprometida/o por completo con la salud de mis pacientes.
Las situaciones de crisis forman parte de nuestra profesión y tenemos que estar preparados para ellas.
Tengo un gran sentimiento de pertenencia a mi colectivo.

PRODUCTO

Mis desafíos o retos. Lo que estoy dispuesta a hacer

No voy a hacer nada en este sentido. Solo lo haré si la gerencia lo dice o si se me asegura que la acción va a favorecer a mi equipo o a mis pacientes.

Mis malestares, mis miedos, mis preocupaciones internas

Esta situación ha sido un reto para mí.
He tenido que organizar mucho trabajo con pocos medios y/o poca gente o que no sabían hacer este tipo de tarea.
No puedo dejar de buscar soluciones las 24 horas del día.
He trabajado sin descanso para sacar el trabajo adelante. Mi equipo me culpa de las cosas que se han hecho mal pero no reconocen las que han salido bien.
Muchas veces la gente exige, pero no da, me siento decepcionado/a con la actitud de algunas personas, me molesta la debilidad.
Me ha dolido ver a algunos compañeros graves o que han fallecido. Tengo miedo a mostrar debilidad.

Mis objeciones

No quiero compartir mis sentimientos delante de mis compañeros de trabajo o mi equipo.
Tengo mucho trabajo y no puedo perder el tiempo con cosas innecesarias.

MI VIDA PERSONAL

Durante la primera ola de la Covid me he ido a un hotel para no contagiar a mi familia, o me he aislado dentro de mi casa.
Me he volcado completamente con mi trabajo. Mi familia lo entiende y me apoya.
Hay antecedentes de patología mental personales o en mi familia.

“Cuando me ha llegado un teléfono de ayuda se lo he pasado a mi gente, pero yo no lo he usado”

BIBLIOGRAFÍA

(895)
vic cavity and produ
ese sex hormones go
minine secondary sex
gnancy, lactation, and
produce testosterone
n the development
sex characterist



9. Bibliografía

1. Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y Formación en los Servicios de Salud Mental. UAM. Resultados del estudio: Impacto Emocional del COVID-19 en profesionales y estudiantes del ámbito de la salud Online. 2020. [Disponible en: <https://www.ccomsuam.org/noticias/resultados-del-estudio-impacto-emocional-del-covid-19-en-profesionales-y-estudiantes-del-ambito-de-la-salud/>].
2. Luceño-Moreno L, Talavera-Velasco B, García-Albuerne Y, Martín-García J. Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(15).
3. Sociedad Española de Medicina Interna. El 52% de internistas participantes en un sondeo refiere haberse enfrentado a conflictos éticos durante la crisis sanitaria por COVID-19 2020 [Disponible en: <https://www.fesemi.org/informacion/prensa/semi/el-52-de-internistas-participantes-en-un-sondeo-refiere-haberse-enfrentado>].
4. de Vicente-Abad MA, Díaz-Aramburu C, de la Orden-Rivera MV, Fonte-Fernández MM, Pantaleón Rebollo I. Modelo SIDIN: aplicar la creatividad y la innovación en campañas de sensibilización de salud laboral. *Gac Sanit*. 2018; 32 Supl Congr:177.
5. Glaser BG, Straus AL. *Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York. 1967
6. Flick U. *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata, S.L.; 2004.
7. Hernández RM. La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada. *Cuestiones pedagógicas: Revista de ciencias de la educación*. 2014. p. 187-210.
8. Serrano-Ripoll MJ, Meneses-Echavez JF, Ricci-Cabello I, Fraile-Navarro D, Fiol-deRoque MA, Pastor-Moreno G, et al. Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2020;277:347-57.
9. Benedek DM, Fullerton C, Ursano RJ. First responders: mental health consequences of natural and human-made disasters for public health and public safety workers. *Annu Rev Public Health*. 2007;28:55-68.

10. Maunder R. The experience of the 2003 SARS outbreak as a traumatic stress among frontline health-care workers in Toronto: lessons learned. *Philosophical Transactions of the Royal Society B-Biological Sciences*. 2004;359(1447):1117-25.
11. Su TP, Lien TC, Yang CY, Su YL, Wang JH, Tsai SL, et al. Prevalence of psychiatric morbidity and psychological adaptation of the nurses in a structured SARS caring unit during outbreak: a prospective and periodic assessment study in Taiwan. *J Psychiatr Res*. 2007;41(1-2):119-30.
12. Shalev D, Shapiro PA. Epidemic psychiatry: The opportunities and challenges of COVID-19. *General Hospital Psychiatry*. 2020;64:68-71.
13. Wu P, Fang Y, Guan Z, Fan B, Kong J, Yao Z, et al. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can J Psychiatry*. 2009;54(5):302-11.
14. Petzold MB, Plag J, Stroehle A. Dealing with psychological distress by healthcare professionals during the COVID-19 pandemic. *Nervenarzt*. 2020;91(5):417-21.
15. Liu Y, Zhang X, Liu H, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. . *The Lancet Psychiatry: The Lancet Psychiatry*; 2020. p. 17-8.
16. Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R, et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain Behavior and Immunity*. 2020;87:11-7.
17. Zhen Y, Huang ZQ, Jin J, Deng XY, Zhang LP, Wang JG. Posttraumatic stress disorder of Red Cross nurses in the aftermath of the 2008 Wenchuan China Earthquake. *Arch Psychiatr Nurs*. 2012; 26(1):63-70.
18. Donnelly EA, Bradford P, Davis M, Hedges C, Klingel M. Predictors of posttraumatic stress and preferred sources of social support among Canadian paramedics. *Cjem*. 2016;18(3):205-12.
19. Qiongni C, Mining L, Yamin L, Jincal G, Dongxue F, Ling W, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020;7 (5):15-6.

20. Benedek DM, Ritchie EC. "Just-in-Time" mental health training and surveillance for the project HOPE mission. *Military Medicine*. 2006;171(10):63-5.
21. Prieto-Callejero B, Gómez-Salgado J, Alvarado-Gómez F, Dias A, García-Iglesias JJ, Ruiz-Frutos C. Revisión sistemática sobre la reducción de efectos emocionales negativos en trabajadores del área de emergencias y catástrofes mediante técnicas de catarsis. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*. 2020;23(1):52-67.
22. Astorga A. El impacto y cuidado de la salud mental en bomberos e intervinientes Formación en Seguridad Laboral. 2017.
23. Brooks SK, Dunn R, Amlot R, Rubin GJ, Greenberg N. A Systematic, Thematic Review of Social and Occupational Factors Associated With Psychological Outcomes in Healthcare Employees During an Infectious Disease Outbreak. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2018;60(3):248-57.
24. Jung H, Jung SY, Lee MH, Kim MS. Assessing the Presence of Post-Traumatic Stress and Turnover Intention Among Nurses Post-Middle East Respiratory Syndrome Outbreak: The Importance of Supervisor Support. *Workplace Health & Safety*. 2020;68(7):337-45.
25. Whybrow D, Jones N, Greenberg N. Promoting organizational well-being: a comprehensive review of Trauma Risk Management. *Occup Med (Lond)*. 2015;65(4):331-6.
26. Slade P, Sheen K, Collinge S, Butters J, Spiby H. A programme for the prevention of post-traumatic stress disorder in midwifery (POPPY): indications of effectiveness from a feasibility study. *European Journal of Psychotraumatology*. 2018;9(1).
27. Slykerman G, Wiemers MJ, Wyssusek KH. Peer support in anaesthesia: Development and implementation of a peer-support programme within the Royal Brisbane and Women's Hospital Department of Anaesthesia and Perioperative Medicine. *Anaesthesia and Intensive Care*. 2019;47(6):497-502.
28. Chen X-Y, Chen J, Shi X, Jiang M, Li Y, Zhou Y, et al. Trajectories of maternal symptoms of posttraumatic stress disorder predict long-term mental health of children following the Wenchuan earthquake in China: A 10-year follow-up study. *Journal of Affective Disorders*. 2020;266:201-6.

29. Jung SJ, Kang JH, Roberts AL, Nishimi K, Chen Q, Sumner JA, et al. Posttraumatic stress disorder and incidence of thyroid dysfunction in women. *Psychol Med*. 2019;49(15):2551-60.
30. Lancee WJ, Maunder RG, Goldbloom DS. Prevalence of psychiatric disorders among Toronto hospital workers one to two years after the SARS outbreak. *Psychiatr Serv*. 2008;59(1):91-5.
31. Tang L, Pan L, Yuan L, Zha L. Prevalence and related factors of post-traumatic stress disorder among medical staff members exposed to H7N9 patients. *International Journal of Nursing Sciences*. 2017;4(1):63-7.
32. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang Y-T, Liu Z, Hu S, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):e17-e8.
33. Gregory J, de Lepinau J, de Buyer A, Delanoy N, Mir O, Gaillard R. The impact of the Paris terrorist attacks on the mental health of resident physicians. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):79.
34. Baas MAM, Scheepstra KWF, Stramrood CAI, Evers R, Dijkman LM, van Pampus MG. Work-related adverse events leaving their mark: a cross-sectional study among Dutch gynecologists. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):73.
35. Dowling FG, Moynihan G, Genet B, Lewis J. A peer-based assistance program for officers with the New York City Police Department: report of the effects of Sept. 11, 2001. *Am J Psychiatry*. 2006;163(1):151-3.
36. Dowling FG, Genet B, Moynihan G. A confidential peer-based assistance program for police officers. *Psychiatr Serv*. 2005;56(7):870-1.
37. Hunt E, Jones N, Hastings V, Greenberg N. TRiM: an organizational response to traumatic events in Cumbria Constabulary. *Occup Med (Lond)*. 2013;63(8):549-55.
38. Nevarez MD, Yee HM, Waldinger RJ. Friendship in War: Camaraderie and Prevention of Posttraumatic Stress Disorder Prevention. *J Trauma Stress*. 2017;30(5):512-20.
39. Strand R, Felices K, Williams K. Critical incident stress management (CISM) in support of special agents and other first responders responding to the Fort Hood shooting: summary and recommendations. *Int J Emerg Ment Health*. 2010;12(3):151-60.

40. Vagharseyyedin Sa Bsc MP, Zarei B Bsc M, Esmaeili AM, Gholami M Bsc M. The Role of Peer Support Group in Subjective Well-Being of Wives of War Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. *Issues Ment Health Nurs*. 2018;39(12):998-1003.
41. Jain S, McLean C, Rosen CS. Is there a role for peer support delivered interventions in the treatment of veterans with post-traumatic stress disorder? *Mil Med*. 2012;177(5):481-3.
42. Kerkman T, Dijkman LM, Baas MAM, Evers R, van Pampus MG, Stramrood CAI. Traumatic Experiences and the Midwifery Profession: A Cross-Sectional Study Among Dutch Midwives. *J Midwifery Womens Health*. 2019;64(4):435-42.
43. Albott CS, Wozniak JR, McGlinch BP, Wall MH, Gold BS, Vinogradov S. Battle Buddies: Rapid Deployment of a Psychological Resilience Intervention for Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic. *Anesthesia and Analgesia*. 2020;131(1):43-54.
44. Murden F, Bailey D, Mackenzie F, Oeppen RS, Brennan PA. The impact and effect of emotional resilience on performance: an overview for surgeons and other healthcare professionals. *British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*. 2018;56(9):786-90.
45. Blanc J, Briggs AQ, Seixas AA, Reid M, Jean-Louis G, Pandi-Perumal SR. Addressing psychological resilience during the coronavirus disease 2019 pandemic: a rapid review. *Current Opinion in Psychiatry*. 2021;34(1):29-35.
46. Dobson H, Malpas CB, Burrell AJ, Gurvich C, Chen L, Kulkarni J, et al. Burnout and psychological distress amongst Australian healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Australas Psychiatry*. 2021;29(1):26-30.
47. Li X, Li S, Xiang M, Fang Y, Qian K, Xu J, et al. The prevalence and risk factors of PTSD symptoms among medical assistance workers during the COVID-19 pandemic. *J Psychosom Res*. 2020;139:110270.
48. Trabajo INSST. Trabajar en tiempos de Covid-19. Buenas prácticas de intervención psicosocial en centro sanitarios. 2021. [Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/catalogo-de-publicaciones/trabajar-en-tiempos-de-covid19-buenas-practicas-de-intervencion-psicosocial-en-centros-sanitarios>].



DD.118.1.22



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ECONOMÍA SOCIAL

 **insst**
Instituto Nacional de
Seguridad y Salud en el Trabajo