

Journal Pre-proof

PANDEMIA DE LA COVID 19: EFECTOS EN LA SALUD MENTAL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Francisco Buitrago Ramírez Ramon Ciurana Misol María del
Carmen Fernández Alonso Jorge Luis Tizón



PII: S0212-6567(21)00209-2

DOI: <https://doi.org/doi:10.1016/j.aprim.2021.102175>

Reference: APRIM 102175

To appear in: *Atencion Primaria*

Received Date: 14 July 2021

Please cite this article as: Ramírez FB, Misol RC, Alonso MdCF, Tizón JL, PANDEMIA DE LA COVID 19: EFECTOS EN LA SALUD MENTAL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS, *Atencion Primaria* (2021), doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102175>

This is a PDF file of an article that has undergone enhancements after acceptance, such as the addition of a cover page and metadata, and formatting for readability, but it is not yet the definitive version of record. This version will undergo additional copyediting, typesetting and review before it is published in its final form, but we are providing this version to give early visibility of the article. Please note that, during the production process, errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

© 2020 Published by Elsevier.

PANDEMIA DE LA COVID 19: EFECTOS EN LA SALUD MENTAL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS.

PANDEMIA DE LA COVID 19: EFECTOS EN LA SALUD MENTAL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS.

COVID 19 PANDEMIC: EFFECTS ON THE MENTAL HEALTH OF HEALTHCARE PROFESSIONALS.

AUTORES:

GRUPO DE SALUD MENTAL DEL PAPPS

- Francisco Buitrago Ramírez (Coordinador del Grupo)
- Ramon Ciurana Misol
- María del Carmen Fernández Alonso
- Jorge Luis Tizón

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA

Francisco Buitrago Ramírez

C/ Pantano del Zújar nº 9

06010. Badajoz

e-mail: fbuitragor@gmail.com

Teléfono: 685 819 528

La pandemia de la COVID-19 ha significado un tsunami de magnitud planetaria, inesperado, desconocido, imprevisible, mortífero. Empezamos a tener una idea de su magnitud, no sólo sanitaria, sino bio-psico-social, pero nos falta mucho por saber y es mucho lo que quizás nunca lleguemos a conocer. Incluso a nivel cuantitativo: muertes por COVID en los países empobrecidos del globo, muertes no diagnosticadas en todo tipo de países, mortalidad y morbilidad secundarias por sobrecarga de los sistemas sanitarios, en colectivos oprimidos: niños, mujeres víctimas de violencia, pacientes psicológica, biológica o socialmente frágiles, el precariado, masas empobrecidas de los países del sur^{1,2}.

Muchos de tales efectos están apareciendo más de año y medio más tarde y, particularmente, los que se refieren a la afectación de la salud mental³. La pandemia nos ha cambiado la vida a todos: especialmente a los que han perdido la salud o la vida de familiares. Y todos, pero fundamentalmente niños y adolescentes, hemos visto cambiadas nuestras actividades, emociones y relaciones diarias. Pero en esta pandemia se están viendo más afectados quienes son más necesarios para asegurar el cuidado de las personas y de los enfermos: los sanitarios y sobre todo las sanitarias. De hecho, la pandemia está teniendo un impacto desigual en función del sexo y el género, y así lo reconocen expertos nacionales e internacionales, que instan a recoger datos desagregados por sexo y analizarlos con enfoque de género^{4,5,6}.

Desde una perspectiva neurocientífica y relacional de las emociones en los grupos⁷, las emociones descollantes con la COVID fueron inicialmente el miedo y los sentimientos relacionados con la ruptura del apego (por ejemplo, la solidaridad). Después, en la medida en que la tristeza se ha hurtado en buena parte a la población y la solidaridad se ha marginado, las emociones que han ido predominando han sido la ira y las ansiedades de separación, con grandes dosis de incontinencia y con repercusiones psicosociales de masas, incluso en los países supuestamente “instruidos”. A menudo, esas reacciones emocionales, inadecuadamente potenciadas o contenidas, se han transformado en violencia en unos y en desesperanza y apatía en otros.

En todos los países, los profesionales sanitarios han sufrido el impacto de esta pandemia inesperada, y también al triple nivel biológico, social y psicológico. Ya tenemos datos sobre el impacto de la pandemia en la salud mental de las poblaciones, y comienzan a aparecer estudios y reflexiones sobre el impacto en los trabajadores de la sanidad, con los consabidos anuncios de aumento de los trastornos por ansiedad, depresión y estrés^{8,9}. Uno de los primeros estudios españoles, realizado tras 4.145 encuestas¹⁰, apunta un notable empeoramiento del estado de salud autopercebido, de la cantidad y calidad de horas de sueño, 30% de bajas laborales en enfermeras y 20% de médicos, un 57% de médicos que reportan agotamiento físico y 48% agotamiento emocional (19% y 18,6 % antes de la pandemia respectivamente), así como el aumento de la ideación acerca de abandonar la profesión y la jubilación anticipada.

Como señalábamos ya hace meses^{11,12}, en estas situaciones de crisis social y política es fácil atribuir todo el sufrimiento emocional a “trastornos mentales” o, peor aún, a la “enfermedad mental”, contribuyendo a la medicalización y psiquiatrización de la población. También en los profesionales sanitarios, y en especial en los de los servicios de urgencia, intensivos y de atención primaria, pronosticándose para ellos una auténtica ola de “trastornos mentales”, aunque a veces se usen términos ad-hoc como “desgaste profesional”, “burn-out” y similares: desde luego, las presiones emocionales y psicosociales mal elaboradas son la base del “burn-out”, aunque puedan asentarse (o no)

en trastornos mentales subyacentes. Pero, desde la teoría de los procesos de duelo y trauma, los efectos de un estresor o un trauma varían no sólo con la potencia, duración y características del estresor, sino también según el contexto psicosocial en el que éste incide, y según el sexo y las características psicológicas del sujeto o grupo sometido al trauma o estrés. A nivel de la atención primaria la morbimortalidad ha sido especialmente importante. Enfermedades, bajas, cambios de turnos y sobrecargas de trabajo han repercutido directamente en el estado emocional y la salud mental de los profesionales (en las profesionales sanitarias en mayor medida), de sus familiares y de sus consultas^{8,9,12}.

Pero hay que tener en cuenta también el contexto psicosocial dentro del cual hemos tenido que afrontar esta crisis: un contexto de empobrecimiento y desmoralización de los servicios sanitarios públicos en numerosos países europeos, que en nuestro país ha sido dramático desde la crisis del 2008. Su realidad había sido magníficamente resumida por toda una serie de investigadores sociales con la frase “*La Sanidad está en venta*”¹³ Ese contexto psicosocial y organizativo de la sanidad pública, y en particular de su atención primaria, ya era gravísimo antes de la pandemia, con un desmantelamiento lento, paulatino, silente, la llamada *precarización*, e implicaba repercusiones sistémicas, que han sido ampliamente estudiadas^{12,13,14,15}.

Más si queremos reflexionar y replantearnos el futuro con bases actualizadas, no podemos dejar de valorar los componentes psicológicos, personales y grupales, que hacen que un conflicto, pérdida o estrés suponga (o no) una “descompensación de la salud mental”, un trastorno mental o el *burn-out*. Desde ya, hemos de repensar y reflexionar con qué equipamiento personal estábamos afrontando el empobrecimiento paulatino de nuestros servicios públicos: con qué emociones, con qué valores, con qué actitudes. Por ejemplo, ya hay datos¹⁰ que muestran que un trabajo en equipo, el apoyo y reconocimiento por parte del equipo y los gestores, así como las colaboraciones puntuales con los equipos de salud mental, allí donde han funcionado, han ayudado de forma importante a mantener y mejorar la actividad de los equipos hospitalarios y de Atención Primaria de Salud (APS), incluso en plena pandemia.

También hemos de investigar hasta qué extremo la formación recibida en estos últimos decenios por buena parte de los médicos de los países “desarrollados” favorece unas prácticas tecnocráticas, hospitalocéntricas y privatizadoras en vez de unas prácticas comunitarias, de salud pública y preventivas.

¿Dónde habían quedado las prácticas y actividades comunitarias, tanto en APS como en salud mental? ¿De verdad nos sentimos formados en prácticas comunitarias, en el trabajo en equipo, en el cuidado de los cuidadores, en las complejas interacciones de la familia tradicional y de sus nuevos modelos? ¿Quién, cómo, dónde nos hemos formado y dónde, cuándo y cómo nos hemos reciclado para mantener esas competencias?.

En la formación de los profesionales sanitarios nos encontramos en un contexto de hipervaloración simplista de las mejoras *tecnológicas* pero con una visión simplificada de la tecnología¹⁶: se confunde tecnología con *maquinización* y se desprecia y deja de formar en *tecnologías psicosociales*, psicológicas y de bienestar emocional. Muchas y muchos profesionales trabajarán como médicos “de familia”, pero, ¿se les ha formado en tipologías familiares, dinámica de familia, dinámicas grupales, procesos emocionales y de duelo, modelos de trabajo comunitario...?.

Esa deformación (o esas carencias formativas) llevan a que algunos profesionales infravaloren la medicina de familia. ¿Cuántos profesionales se han metido en APS sin saber por qué y sin estar completamente formados para ello? Eso implica unos valores e ideología asistencial que pasan factura: primero, en su bienestar emocional y en su tendencia o proclividad al desgaste profesional; pero también, en cómo tratan sus propios problemas psicológicos y de salud mental (¿sólo con psicofármacos y, además, autoprescritos^{10?}). Esos son los valores que luego transmitimos a la población, contribuyendo frecuentemente a la medicalización y a la cronificación medicalizada.

En anteriores trabajos proponíamos una refinanciación de la APS que en pocos años duplicara la parte del Producto Interior Bruto (PIB) que se le dedica, pero acompañada de profundos y sostenidos procesos formativos^{11,12}. A nivel de la salud mental parece necesario un aumento de entre 2 y 5 veces de la atención psicoterapéutica dentro de la sanidad pública, cuyos sistemas de cuidados hoy están dominados por la psicofarmacología, incluso entre sus profesionales¹⁷. Pero, como ya apuntábamos entonces¹² y hoy demuestran estudios recientes, no basta con aumentos presupuestarios¹⁸. Objetivos claves para el futuro de la APS son el replanteamiento de la formación comunitaria y el apoyo socioeconómico, emocional y psicoterapéutico ante el riesgo de desmoralización de sus profesionales.

Sin duda alguna, hoy los poderes públicos y los profesionales han de empeñarse en la revalorización de una APS bien dotada, competente y prestigiada, planificada y gestionada en gran medida por los propios profesionales y comprometida con los pacientes en un marco de relación renovado, basado en la autonomía del paciente, la corresponsabilidad y la confianza.

Bibliografía

1. Ritz D, O'Hare G. and Burgess M. (2020), *The Hidden Impact of COVID-19 on Child Protection and Wellbeing*. London, Save the Children International. September 2020. [consultado el 17 de mayo de 2021]. Disponible en: https://resourcecentre.savethechildren.net/sites/default/files/documents/the_hidden_impact_of_covid-19_on_child_protection_and_wellbeing.pdf
2. ONU-MUJERES. *La pandemia en la sombra: violencia contra las mujeres durante el confinamiento*. ONU MUJERES. 2021 [consultada el 29 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19>.
3. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LM, Gill H, Phan L et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *J Affect Disord* 2020; 277: 55-64.
- 4- The gendered dimensions of COVID-19. *Lancet* 2020; 395:1168.
5. Ruíz Cantero MT. Las estadísticas sanitarias y la invisibilidad por sexo y género. *Gac Sanit* 2021; 35:95-98.
6. Jacques-Aviñó C, López-Jiménez T, Medina-Perucha L, De Bont J, Queiroga A, Duarte-Salles T, et al. Gender-based approach on the social impact and mental health in Spain during COVID-19 lockdown: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2020;10:e044617. doi:10.1136/bmjopen-2020-044617
7. Panksepp J, Biven L. *The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*. Nueva York: WW Norton & Company; 2012
8. Preti E, Di Mattei V, Perego G, Ferrari F, Mazzetti M, Taranto P, et al. The psychological impact of epidemic and pandemic outbreaks on healthcare workers: rapid review of the evidence. *Curr Psychiatry Rep*, 2020; 22:1-22.
9. 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: 347-357.
10. Fundació Galatea. *Impacto COVID-19 en los profesionales de la salud: resultados preliminares del estudio de la Fundación Galatea (I y II)*. Barcelona: COMB y Fundación Galatea. 2021. Disponible en: <https://www.clinica-galatea.com/es/bloc/imapacto-covid/> [consultada el 29 de junio de 2021].
11. Buitrago F, Ciurana R, Fernández-Alonso MC, Tizón JL. *Salud mental en epidemias: una perspectiva desde la Atención Primaria de Salud española*. Aten

Primaria,2020; 52 (S2):93-113. [consultado el 17 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7801217/pdf/main.pdf>

12. Buitrago F, Ciurana R, Fernández-Alonso MC, Tizón JL. Pandemia de la COVID-19 y salud mental: reflexiones iniciales desde la Atención Primaria de Salud española. *Aten Primaria* 2020;53:89-101 [consultada el 17 de mayo de 2021]. Disponible en : <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656720301876>

13. Benach J, Muntaner C, Tarafa G, Valverde C, Navarro V. *La Sanidad está en venta*. Barcelona: Icaria; 2012

14. Navarro, V. Pandemia, economía y estado del bienestar: Causas, consecuencias y alternativas posibles ante la pandemia de coronavirus. www.vnavarro.org. 2020. Disponible en: https://www.google.com/search?q=Navarro%2C+V.+%282020%29.+Pandemia%2C+econom%C3%ADa+y+estado+del+bienestar&rlz=1C1GCEA_enES957ES957&oq=Navarro%2C+V.+%282020%29.+Pandemia%2C+econom%C3%ADa+y+estado+del+bienestar&aqs=chrome..69i57j2359j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8

15. Montaña A. y GRUPO DE MEDICINA REFLEXIVA. Tras los aplausos: MANIFIESTO SOBRE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ERA POST-COVID-19. *Bioética y Ciencias de la Salud*, 2020; 8:1-21. Disponible en <https://saib.es/tras-los-aplausos-manifiesto-sobre-la-atencion-primaria-en-la-era-post-covid-19/?pdf=4698>

16. Quintanilla, MA, Parselis, M, Sandrone, D., Lawler, D. *Tecnologías entrañables*. Madrid: La Catarata; 2017

17. Naciones Unidas y D. Puras. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. UN-ONU, Consejo de Derechos Humanos, 35º período de sesiones: Ginebra, 2017. Disponible en: https://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/35/21 y en <https://amsm.es/2017/07/21/naciones-unidas-informe-del-relator-especial-sobre-el-derecho-de-toda-persona-al-disfrute-del-mas-alto-nivel-posible-de-salud-fisica-y-mental/>

18. Raviola G, Rose A, Fils-Aimé JR, Thérosmé T, Affricot E, Valentin C, et al. Development of a comprehensive, sustained community mental health system in post-earthquake Haiti, 2010-2019. *Global Mental Health (Camb)* 2020; 7(e6):1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/gmh.2019.33>