

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ



TRABAJO FIN DE MÁSTER

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA DEL TRABAJO  
MÁSTER EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

“SÍNDROME DE BURNOUT Y OTRAS AFECCIONES DE LA  
SALUD MENTAL DERIVADAS DE LA ATENCIÓN SANITARIA  
A PACIENTES INFECTADOS POR SARS-CoV-2”.

UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Autora: Benítez Castillo, Carmen

Tutora: Parets Llorca, Rosario

CURSO 2020-2021

## RESUMEN

Introducción y objetivos: La situación de pandemia por SARS-CoV-2 expone diariamente a los profesionales de la salud a un alto riesgo de contagio. Las malas condiciones laborales y la mayor carga de trabajo, añadidas al temor a contagiarse y/o transmitir el virus tienen, indudablemente, repercusión sobre su salud mental. Esta revisión tiene como objetivo resumir y señalar los aspectos más importantes en que, el trabajo directo con pacientes infectados afecta a la salud mental de los sanitarios y además, plantear recomendaciones en base a ello.

Métodos de búsqueda bibliográfica: Se realiza una búsqueda a partir de las bases de datos: PubMed, Trip medical database y Google Académico. Para PubMed “*Burnout syndrome*” AND “*COVID-19*”. En el metabuscador Tripdatabase la cadena de búsqueda fue: “*Burnout syndrome*” AND “*COVID-19*”. La búsqueda fue libre en el caso de Google Académico. Se establecieron los criterios de inclusión y de exclusión correspondientes y según este cribado se escogieron los artículos que formaron parte de la revisión.

Discusión y resultados: La revisión parte finalmente de un total de 15 artículos, seleccionados según los criterios de inclusión y exclusión planteados. Destacaron el estrés y la ansiedad, el trastorno por estrés traumático (TEPT) y el “Síndrome de Burnout”, como las afecciones mentales de mayor prevalencia, y en menor medida el estigma social y la depresión. La exposición directa a los pacientes con SARS-CoV-2, pertenecer al personal de enfermería, el sexo femenino y la corta experiencia laboral, fueron los factores de riesgo más identificados para los resultados de afecciones de salud mental que mencionamos.

**Conclusiones:** El personal de primera línea demuestra peores resultados en cuanto a prevalencia en patología mental que los que no trabajan directamente con pacientes infectados. Tras nuestro análisis, hemos podido comprobar que es necesaria de forma urgente la formación de equipos de profesionales de la salud mental (psicólogos, psiquiatras, etc.), que intervengan tanto de forma preventiva como terapéutica, si fuera necesario. No existe suficiente evidencia acerca de las posibles secuelas a largo plazo, pues se necesita de mayor tiempo y nuevos estudios para evaluarlos en el caso de que aparecieran.

**Palabras clave:** SARS-CoV-2, pandemia, profesionales sanitarios, salud mental, “Síndrome de Burnout”.



## ÍNDICE

1. Introducción.....	7
2. Justificación.....	10
3. Objetivos .....	12
4. Métodos de búsqueda bibliográfica .....	13
4.1 Criterios de inclusión y exclusión.....	13
4.2 Bases de datos.....	14
5. Resultados y discusión.....	16
5.1. Estrés y ansiedad.....	19
5.2. Trastorno de estrés postraumático (TEPT).....	23
5.3. “Síndrome de Burnout” .....	24
5.4. Trastornos del sueño.....	31
5.5. Estigma social.....	32
5.6. Depresión.....	33
6. Conclusiones.....	39
7. Bibliografía.....	41

## ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

1. **Figura 1:** Diagrama de flujo del proceso de selección de los estudios que conforman la revisión.....15
2. **Figura 2:** Esquema de los tres niveles del modelo de intervención psicoterapéutica.....26
3. **Tabla 1:** *Puntos de corte para la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)*.....20
4. **Tabla 2:** *Resumen de las principales características y resultados de los estudios analizados*.....35

## 1. Introducción

La COVID-19 o enfermedad por el nuevo *Coronavirus 19*, está causada por el SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*). Se trata de una enfermedad infecciosa de transmisión aérea o por contacto con mucosas, con una capacidad infectiva elevada, esto es debido a que los sujetos portadores son capaces de contagiar siendo asintomáticos. El virus necesita de un período de incubación que suele durar entre 3 y 10 días [1,2].

Lo registrado hasta ahora es que, aproximadamente el 80% de los pacientes suele desarrollar un cuadro paucisintomático o asintomático en algunos de los casos, siendo el 20% restante, el más afectado por la enfermedad, evolucionando al cuadro clínico típico de neumonía intersticial bilateral que, en el peor de los casos, puede ocasionar insuficiencia respiratoria y una respuesta inflamatoria generalizada desproporcionada para el grado de infección respiratoria [2].

La mortalidad de los pacientes que desarrollan dicho cuadro inflamatorio oscila entre un 10% y un 20%. Por otro lado, se asocia a otras manifestaciones clínicas menos frecuentes y más tardías, como fenómenos trombóticos (arteriales o venosos), afectación cutánea, vasculitis, y el desarrollo de fibrosis pulmonar, como secuela más importante y de gran gravedad [2,3].

La pandemia por COVID-19 se inició en diciembre de 2019 en Wuhan (Hubei, China). Se atribuye una tasa de mortalidad global del 3-6% y debido a su rápida propagación alrededor del mundo obligó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) que en marzo del año 2020 declarase el estado de pandemia, dejando de ser un brote epidémico y dándose finalmente, transmisión comunitaria en los diferentes países y continentes fuera de China [4].

En cuanto a su epidemiología, su rápida propagación y alta capacidad infectiva, como sabemos, ha dado lugar a la mayor pandemia mundial registrada en el siglo XXI, superando la cifra de contagios de otras epidemias como las ocasionadas por el MERS-CoV (síndrome respiratorio de Oriente Medio, Arabia Saudí, 2012-2015), el virus del Ébola (2013-2016) o la pandemia de gripe A-H1N1 (2009).

Esta rápida transmisión de la enfermedad se debe a su alto número básico de reproducción ( $R_0$ ), expandiéndose en dos meses a más de veinticinco países [2,4], como ya hemos mencionado. Esto, ha supuesto un desafío sin precedentes para los sistemas sanitarios y las instituciones gubernamentales en todo el mundo [5]. La rapidez y letalidad, con la que el virus ha llegado a los diferentes continentes, ha hecho trabajar a contrarreloj y movilizó a una gran cantidad de sectores. El problema comienza cuando, la gran mayoría de los esfuerzos se centran en el reclutamiento de personal, equipos de trabajo, camas de hospitalización y de cuidados intensivos, etc.; mientras que la preocupación por la preservación de la salud mental de los profesionales sanitarios en primera línea, ha quedado relegada a un segundo plano.

En este sentido, el personal sanitario se viene enfrentando a una situación de incertidumbre constante desde el comienzo de la pandemia. Uno de los motivos es la falta de disponibilidad de recursos necesarios [1]. Ha habido momentos críticos, en los que no se disponía de suficiente stock de equipos de protección individual (EPI), de hecho, incluso en países desarrollados, los EPI que proporcionaba el gobierno a los centros sanitarios eran insuficientes, teniendo los propios sanitarios que adquirirlos con sus propios recursos u obtenerlos gracias donaciones de terceros [3,5]. Si bien era esa la situación en los países más ricos, en los que están en vías de desarrollo y subdesarrollados como la India, algunos profesionales han tenido que atender a pacientes sin protección alguna, poniendo en riesgo su propia salud [5].

Conocemos el gran entrenamiento y experiencia que acumulan los profesionales sanitarios en cuanto a la gestión emocional y trabajo de la resiliencia, pilares fundamentales para lidiar con escenarios y situaciones emocionalmente duras, pero nunca antes se habían enfrentado a una emergencia sanitaria que exigiera una respuesta emocional de tal envergadura [6].

Nuestros sanitarios están expuestos al sufrimiento de los pacientes y sus familias de forma continua, y además a un riesgo para la propia salud del personal sanitario y de su círculo de personas más cercano. Si sumamos la falta de información, la sensación de estar desprotegidos ante este nuevo agente, el contagio a otras personas, las largas jornadas de

trabajo por falta de personal y la ausencia de directrices claras desde los gobiernos y sistemas de organización sanitaria, obtenemos efectos deletéreos para la salud mental de los trabajadores en primera línea de atención. Desembocando en un agotamiento tanto mental como físico de los profesionales sanitarios a medio-largo plazo [7,8].



## 2. Justificación

Las crisis sanitarias, entendiendo por estas, epidemias, pandemias y otras situaciones que demandan una importante disposición médica, requieren un alto nivel de respuesta sanitaria y esta, ha de efectuarse con la mayor rapidez posible [9]. En la mayoría de las ocasiones, se recurre a ella sin reparar en el bienestar psicológico de quienes brindan la atención sanitaria [10]. Como está sucediendo en la pandemia que ha provocado el virus el SARS-CoV-2, en la que nos encontramos desde diciembre de 2019.

El problema que motiva este estudio es la preocupación acerca del estado de la salud mental de los trabajadores sanitarios en relación con la atención sanitaria en una situación de crisis sanitaria [10]. La exposición diaria al presenciar sufrimiento físico y psicológico de los pacientes, su fallecimiento, el trato y acompañamiento de sus familiares junto con el riesgo que existe de contagio del trabajador sanitario puede manifestar una serie de síntomas que, como veremos pueden evolucionar a una patología mental de mayor gravedad, incluso si el profesional no presentara psiquiátrica patología previa. Estos síntomas derivados, son en su mayoría, de carácter ansioso y/o depresivo, que detallaremos más adelante en nuestra revisión [11].

Dado el alto impacto en estos profesionales, resulta fundamental protegerlos de los efectos psicológicos adversos que pueden sufrir. Si bien, la mayoría de los sanitarios tienen experiencia en situaciones de alta exigencia emocional, estas situaciones de mantenidas de forma prolongada tienen un claro impacto en su calidad de vida personal y laboral [10, 11].

En caso de que estos efectos adversos se perpetúen, y la carga asistencial no disminuya, los sanitarios corren el riesgo de padecer “*síndrome de Burnout*” y lo que ello conlleva: sentimientos de despersonalización, agotamiento emocional y la percepción de logros reducidos. De hecho, este síndrome se define como la confluencia de las respuestas fisiológicas, cognitivas/emocionales e interpersonales que presenta un individuo de manera secundaria a una situación laboral estresante sostenida en el tiempo [11,12].

Estas situaciones de alto estrés y tensión se asemejan, en cierto modo, a las que encontramos habitualmente en el campo de las fuerzas armadas y los conflictos bélicos [11].

Por ello, en estos campos se cuenta con amplia experiencia sobre estrategias de intervención psicoterapéutica, con propósito de preservar la salud mental de los combatientes [11]. Pero fuera de estas organizaciones, poco se conoce sobre métodos de intervención psicológica sobre grupos de trabajadores a gran escala. Resultaría de gran utilidad trazar un esquema de actuación para preparar a los sanitarios a condiciones sanitarias extremas, empleando estos métodos nacidos en el contexto militar y trasladándolos al ámbito sanitario.

Un ejemplo de actuación a gran escala podría ser la que se llevó a cabo en Hubei, China, al inicio de la pandemia. Debido a la situación límite en la que se encontraron, y como se había llevado a cabo en brotes infecciosos previos [12], se tomaron medidas de intervención psicoterapéutica urgente, como por ejemplo, el seguimiento telefónico por parte de profesionales de la salud mental, tanto de manera individual como por grupos de trabajo de forma prácticamente simultánea al inicio de la crisis sanitaria.

En definitiva, este tipo de actuaciones supondría una buena propuesta para preservar la salud mental y la capacidad de los facultativos para cumplir con su labor asistencial.

### 3. Objetivos

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es recopilar y sintetizar de manera clara, los aspectos y en qué medida afecta a la salud mental (manifestaciones agudas fundamentalmente) de los profesionales sanitarios que trabajaron y continúan haciéndolo en la primera línea de atención sanitaria durante la crisis de la COVID-19, pues el bienestar mental de los sanitarios es el punto de partida más importante para intentar frenar y paliar los daños que ha traído consigo la pandemia.

El trabajo se ha planteado de forma que nos detenemos en cada posible afección mental y comentamos los aspectos más importantes y particularidades que podemos encontrar en relación con el trabajo directo con este tipo de paciente en una situación de crisis sanitaria.

Además, como objetivo secundario del trabajo, se exponen algunas de las opciones de manejo y tratamiento a corto plazo de dichas afecciones mentales, no entrando en el manejo individualizado y a largo plazo, pues no es el cometido de esta revisión y, por el momento, no existe evidencia robusta acerca del tema.

## 4. Métodos de búsqueda bibliográfica

### 4.1 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión seleccionados comprenden los siguientes parámetros:

- Aquellos estudios que han sido publicados entre el 31 de diciembre de 2019 hasta el 31 de mayo de 2021 (ambos inclusive).
- Estudios en el que el idioma empleado es el castellano o inglés.
- Diseño de los estudios: artículo de opinión, revisión bibliográfica, revisión sistemática, ensayo controlado aleatorizado, meta-análisis.

Los criterios de exclusión que hemos seleccionado son:

- Estudios en un idioma diferente a castellano o inglés.
- Artículos que no dieran respuesta a la pregunta de investigación y no estuvieran relacionados con el objetivo de la revisión.
- Estudios cuya población a estudio sea muy específica, como por ejemplo, personal sanitario de una especialidad médica concreta.
- Estudios sobre “síndrome de Burnout” en situaciones no derivadas de la atención sanitaria.
- Estudios que versan sobre el abordaje terapéutico de los problemas del síndrome y/o problemas derivados.

## 4.2 Bases de datos

Los artículos que conforman la bibliografía se obtuvieron de dos bases de datos: PubMed, el metabuscador: Tripdatabase y el motor de búsqueda: Google Académico. Empleando sus correspondientes tesauros: MeSH para Pubmed.

En la búsqueda en PubMed se empleó la cadena de búsqueda: *“Burnout syndrome”* AND *“COVID-19”*. Los filtros usados fueron: estudios desde el 2019 hasta el 2021. Con ello se obtuvieron 54 artículos, de los cuales 20 cumplen los criterios de inclusión.

En el metabuscador Tripdatabase la cadena de búsqueda fue: *“Burnout syndrome”* AND *“COVID-19”*. Encontrando 100 resultados, de los cuales 15 se ajusta a nuestros criterios de búsqueda.

Parte de la búsqueda se realizó en el motor de búsqueda: Google Académico. Tras esta búsqueda, obtuvimos 33 artículos para revisar, de los cuales seleccionamos 2, los únicos que se ajustaron a los criterios marcados.

La selección y búsqueda del resto de estudios que forman parte de la bibliografía se encontraron mediante búsqueda libre y no son objeto de análisis de esta revisión.

Las estrategias iniciales de búsqueda identificaron un total de 187 referencias, las cuales fueron objeto de sucesivos cribados conforme al tema principal de esta revisión bibliográfica. En una primera lectura se seleccionaron finalmente un total de 37, de los cuales únicamente **15 cumplen los criterios marcados y son los analizados en esta revisión.**

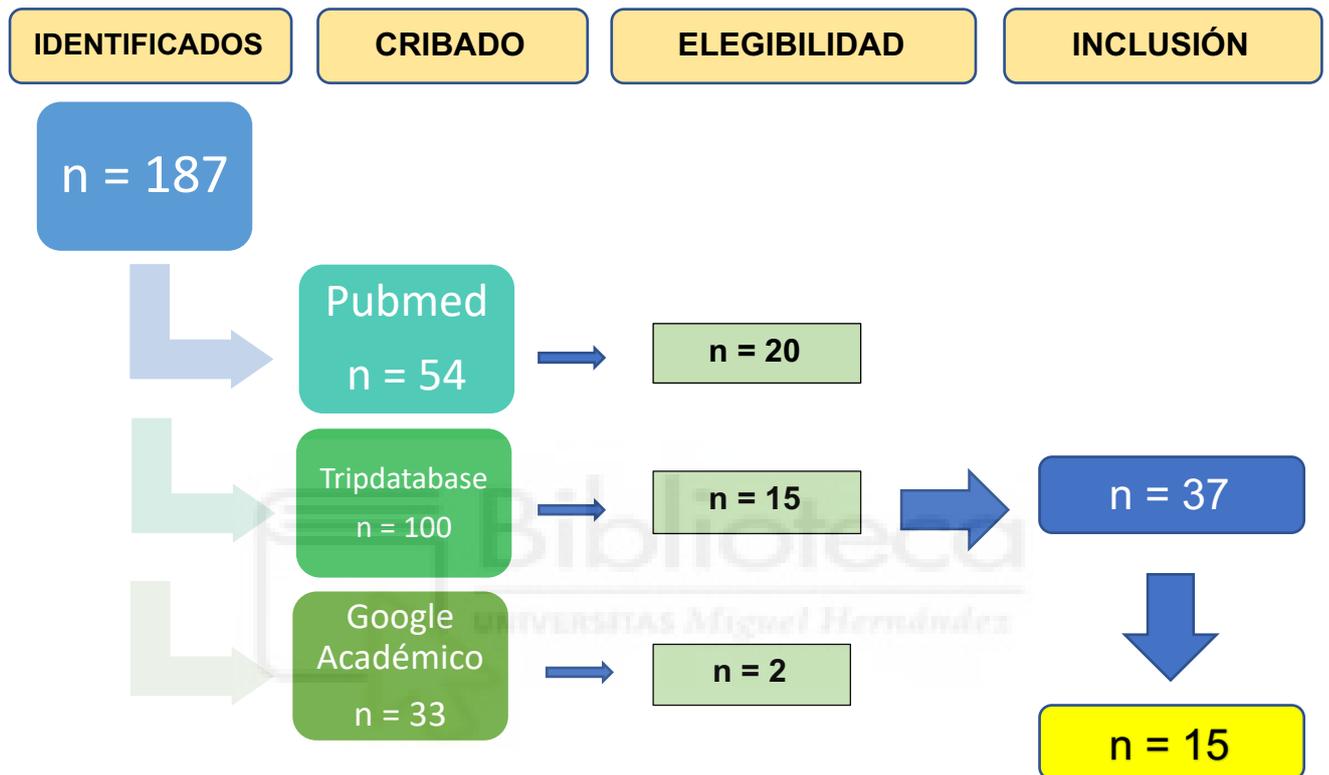


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de los estudios que conforman la revisión

## 5. Resultados y discusión

La crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19 no tiene precedentes, el impacto sobre la salud mental de los profesionales sanitarios y la presión a la que se ven sometidos, supera con creces los datos registrados en las crisis sanitarias de décadas anteriores. Esto se debe a la rápida transmisibilidad del virus [2, 4], ocasionando una alta prevalencia en los distintos continentes y la gran carga laboral y emocional que supone a los trabajadores sanitarios y sus entornos.

En su mayoría, los artículos seleccionados tienen como objetivo la medición, mediante escalas validadas de estrés laboral, alteraciones del sueño, ansiedad, agotamiento físico y mental, sintomatología de la esfera depresiva y en última instancia la depresión mayor. Otros de los estudios seleccionados trazan lo que podrían convertirse en secuelas a largo plazo, aunque todavía no es posible hablar de las mismas con certeza por no haber pasado suficiente tiempo para valorar su aparición [13].

Aunque en el momento agudo de la exposición, la mayoría de las personas no manifiesten síntomas o respuestas patológicas, pueden experimentar síntomas subclínicos que influyen en mayor o menor medida en su calidad de vida [2], así como, en su capacidad para desempeñar su actividad laboral de manera óptima. Estos síntomas incluyen, entre otros, la fatiga mental y física, irascibilidad, miedo por el posible contagio y/o a las personas de su entorno, sensación de soledad derivada del autoaislamiento para evitar dichos contagios, sentimiento de rechazo por partes de la sociedad derivado del estigma, síntomas de desrealización [14].

Según el estudio de *Magill et al.*, la salud mental de los profesionales sanitarios se vio comprometida ante la pandemia de SARS-CoV-2 en el ejercicio de sus funciones, siendo especialmente afectados, los profesionales de primera línea de atención. Se observaron niveles medio-altos de ansiedad (26,5% - 44,6%), depresión (8,1% - 25%), preocupación e insomnio (23,6 - 38%), encontrando que los niveles de estrés no fueron tan altos como se esperaba (3,8% - 68,3%) [13].

Esta situación, se agrava al sentir que las instituciones gubernamentales y el equipo directivo de los centros sanitarios no ofrecen un sistema de seguridad y unos medios de protección adecuados ante la falta de conocimiento [15], sobre todo, en los primeros meses del inicio de la pandemia, y recursos disponibles para la protección del personal sanitario. Este escenario se mantuvo en un gran número de países, sobre todo, al inicio de la pandemia. En muchas ocasiones, no se contaba con stock disponible de EPI y mascarillas FFP2, FFP3 y quirúrgicas suficiente, teniendo que reutilizar los equipos durante largas jornadas de trabajo. Es por ello, que el personal sanitario siente el riesgo continuo debido a la falta de entrenamiento y protección personal en situaciones donde la presión asistencial es muy alta [12,15].

Por otra parte, la inseguridad ante el escaso conocimiento sobre la vía de transmisión y la capacidad infectiva del patógeno, supuso en un principio otro factor estresante, que añadido a la sensación de vulnerabilidad frente al contagio del personal, afectó de manera significativa a la confianza de los profesionales en sus gobernadores [5].

*Paiano et al.*, tras su revisión enumeran y desglosan los problemas que desde el inicio de la pandemia han impedido la correcta gestión emocional de los sanitarios, coincidiendo con lo presentado previamente en este trabajo. El punto de partida para ellos es la falta de EPI y de entrenamiento en materia de protección y prevención del contagio en los facultativos [5].

El metaanálisis realizado por *Batra et al.*, supone hasta el momento, uno de los mayores estudios realizados acerca del tema objeto de nuestro trabajo. Este resume la evidencia sobre los efectos en la salud mental en los profesionales de la salud, fundamentalmente la repercusión sobre el sexo femenino, personal de enfermería y trabajadores de primera línea en el trato con la patología [16]. Calcula la media de la prevalencia de ansiedad, depresión, estrés, TEPT, insomnio, síndrome de Burnout, obteniendo las cifras de 34.4%, 31.8%, 40.3%, 11.4%, 27.8% y 37.4%, respectivamente. Y, señalan que existe una mayor prevalencia de ansiedad (34.4% vs 23.2-26%), depresión (31.8% vs. 22.8-25%) y TEPT (11.4% vs 3%) entre las sanitarias, personal de enfermería y trabajadores en primera línea en general, con respecto a meta-análisis previos [16].

Así como ya analizan *Batra et al.*, uno de los objetivos de la revisión de *Danet, A*, es comparar la repercusión que existe en los sanitarios que trabajan en contacto directo con pacientes infectados y los que no trabajan con ellos [17]. En el grupo de personal de primera línea, concluye que estos padecen de mayor ansiedad (OR 1,57; IC 1,22- 2,02), insomnio (OR 2,97; IC 1,92-4,60) y estrés (OR 1,60; IC 1,25- 2,04) que el grupo de sanitarios que no tiene dicho contacto o bien es indirecto; asimismo, señala una mayor prevalencia en casos de depresión (OR 1,52; IC 1,11- 2,09).

Por otro lado, *Paiano et al.*, destaca que los sanitarios también pueden presentar sentimientos positivos con respecto a su actividad laboral si practican una adecuada gestión emocional [5], donde la labor prestada en pos de ayudar a los demás de manera altruista, produce un feedback positivo en la persona.



A continuación, comenzamos con el análisis del grupo de los síntomas de la esfera del síndrome ansioso. A lo largo de la pandemia, se han notificado en varias series de casos y revisiones sistemáticas y metaanálisis episodios de ataques de pánico, pérdida del autocontrol, sensación continua de intranquilidad y preocupación, irritabilidad, trastornos del sueño y la concentración, etc., repercutiendo de forma directa en el desempeño de la actividad laboral y el trabajo en equipo con el resto de personal sanitario, y afectando de forma negativa a las relaciones interpersonales en el ámbito laboral.

### 5.1 Estrés y ansiedad

*García-Iglesias et al.*, en su revisión sistemática de estudios, la mayoría realizados en China, concluye que para estos facultativos la mayor fuente de ansiedad es la salud de sus familiares (100%) y, por tanto, el riesgo de transmitirles la enfermedad (80%) y a sus propios pacientes (63%). Además, en el 27% de los estudios analizados, destaca la preocupación de los sanitarios por contagiarse [18]. Es un hecho que estos presenten este tipo de preocupaciones, planteándose situaciones complicadas, en las que pasar tiempo con sus familiares aumenta la probabilidad de contagiarles la enfermedad.

Otras de las conclusiones de este estudio tiene que ver con el estrés en el campo de la enfermería. *García-Iglesias et al.*, afirma que existen un incremento exponencial de los niveles de estrés en este sector a medida que aumentan las horas de trabajo, sobre todo, una vez superadas las 35 horas semanales ( $50,89 \pm 17,58$ ), y también lo relaciona con ser hijo/a única ( $50,87 \pm 10,47$ ) [18].

*Danet, A. y Dubey et al.*, coinciden en que la sintomatología relacionada con la ansiedad y resto de afecciones de este mismo cluster, está directamente vinculada con al grupo de sanitarios que forman los equipos de trabajo de primera línea y el sexo femenino, y dentro de las profesionales sanitarias, las dedicadas a la enfermería son las que más sufren dichos síntomas [17,19]. Es en el estudio de *Danet, A.*, en el que se habla de la importancia de estratificar según rango y especialidad sanitaria, además de por otras características sociodemográficas (sexo, edad, etc.). Así, el personal más afectado es el de enfermería [17,19], con un 40% frente al 15% de otras categorías. Por sexo, nuevamente las mujeres alcanzan mayores niveles de ansiedad, 21%, frente a un 4% de los hombres. Además señalan que al parecer la edad es un factor protector frente a la misma [19].

Danet, A., lo pone de manifiesto en la conclusión de su estudio y, para ello, emplea la *Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)*, un cuestionario estandarizado que consta de 7 preguntas donde cada una puntúa de 0 hasta 3, siendo 21 la puntuación máxima [17].

Puntos de corte:

<b>0 - 4</b>	No síntomas de ansiedad
<b>5 - 9</b>	Se aprecian síntomas de ansiedad leve
<b>10 - 14</b>	Se aprecian síntomas de ansiedad moderados
<b>15 - 21</b>	Se aprecian síntomas de ansiedad severos

*Tabla 1. Puntos de corte para la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)*

La media que presentó el sexo femenino de la muestra de su estudio fue de una puntuación de 4 frente a la media de 2 que puntuó el sexo masculino. Por otro lado, encontró una media de 5 en el personal de enfermería frente a la de 4 a nivel médico.

Otro factor que agrava los síntomas relacionados con la ansiedad o que puede dar lugar a esta patología; son los períodos de cuarentena tras contactos estrechos con otros compañeros del equipo o bien con pacientes no diagnosticados, a los que pueden someterse los trabajadores. Además de suponer períodos de soledad, muchas veces experimentan sentimientos de culpabilidad por no poder seguir ayudando a sus compañeros; además no es inusual que, en una plantilla de trabajo pueda haber varias bajas al mismo tiempo [20, 21].

El estudio de *Salazar de Pablo et al.* constituye la primera revisión sistemática que compara el impacto físico y mental sufrido por los sanitarios en las pandemias SARS, MERS y COVID-19, partiendo de un total de 115 estudios y 60.458 sanitarios conforman la muestra final [22].

Tras analizar los resultados, destacan que se hallaron mayores niveles de estrés en los profesionales de la salud que trabajan con pacientes infectados que en los ciudadanos que no se dedican a la actividad sanitaria, aunque *a priori*, previo a realizar el análisis de subgrupos, no se encontraron diferencias significativas. En esta misma revisión, los niveles de ansiedad de los sanitarios superaron nuevamente a los del resto de la población, siendo en un 29% en facultativos frente a un 14,8% en no sanitarios [22].

Tanto la clínica ansiosa como la depresiva pueden desembocar en otros problemas, como por ejemplo, el abuso de sustancias (alcohol, estupefacientes, etc.) entre otras conductas insanas [5]. También destaca la clínica somática, siendo la somatización más frecuente la patología osteomuscular. Constatándose en el estudio de *Zhang et al.* que los sanitarios presentan niveles altos de somatización frente a al resto de la población, un 16.1% frente a un 0.4% [23].

*Fernández et al.*, en su revisión sistemática, destaca la importancia de proporcionar buenas condiciones de trabajo al personal de enfermería, ya que es uno de los sectores que más sufre los efectos adversos en su salud mental durante la pandemia, como hemos visto tras el análisis de los estudios revisados en este trabajo [24].

El cuidado de este sector es la piedra angular para la buena atención y manejo del paciente, ya que son los profesionales que están en continuo contacto y cuidado del enfermo, realizando los cuidados y administrando la medicación diaria que precisan, por lo que, indudablemente, están durante más tiempo en contacto estrecho con el paciente [25]. Por ello, para este fin, se hace necesaria la transmisión de una información sencilla y clara sobre protección individual y control de la infección, que no de lugar a confusión y que pueda retenerse fácilmente. Además de aportar información para su seguridad, hay que asegurar el correcto descanso del personal, asegurando un número de trabajadores que compongan la plantilla, suficiente en el caso de que se den bajas laborales coincidentes en el tiempo [25, 26]. Del mismo modo, resulta igual de importante que los profesionales dispongan de suficiente tiempo para dedicar a sus familias y a su entorno más cercano, disminuyendo los niveles de ansiedad y estrés y, por otro lado, evitando así situaciones de aislamiento y soledad que puedan ser el inicio de un trastorno depresivo.

No es desdeñable el tiempo que el personal de enfermería y auxiliar de clínica permanecen vestidas con el EPI, sobre todo el que trabaja en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y Reanimación, Medicina Interna y Neumología, donde permanecen prácticamente las 24 horas del día vigilando a los pacientes con un estado de salud más delicado. Por esta razón, se deben impartir sesiones de entrenamiento para colocarse y retirarse el EPI sin que exista riesgo para el sanitario, reduciendo así la ansiedad y el miedo a autocontagiarse [5].

Los resultados de la revisión de *Fernández et al.* apoyan la necesidad de que los gobiernos y las organizaciones de atención a la salud participen activamente en el apoyo a el sector de la enfermería durante y tras una crisis sanitaria [24]. Este compromiso ha de reconocer la importancia del personal de enfermería, que como hemos mencionado es fundamental para el control de esta pandemia. Sin este apoyo, es probable estos trabajadores experimenten con mayor probabilidad que otros sectores, estrés, ansiedad y efectos secundarios a nivel físico, todo lo cual puede llevar al agotamiento y bajo rendimiento laboral.

5.2 Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

Los estudios realizados por *Raudenska et al.* y *Dubey et al.*, notifican que existe un aumento en la probabilidad de aparición de TEPT a largo plazo tras el trabajo continuado con pacientes afectados por SARS-CoV-2 [19, 27]. Para ello, se apoyan en estudios realizados previamente en relación con anteriores epidemias. *Dubey et al.* y *Paiano et al.*, en sus respectivas revisiones analizan la prevalencia de casos de TEPT en sanitarios tras crisis sanitarias anteriores a la pandemia por SARS-CoV-2 [5,19]. *Paiano et al.*, apunta que tras el brote de SARS en Beijing, China, en el año 2003, el 40% de los sanitarios afirmó tener síntomas persistentes relacionados con el TEPT pasados tres años del brote [5].

Por otra parte, *Salazar de Pablo et al.*, tras la realización de su estudio, concluye en que existe una menor tasa de TEPT entre los profesionales sanitarios que en el resto de la población que ha sufrido la enfermedad (20.7% vs. 32.5% respectivamente), siendo esto contrario a lo que podríamos pensar [22]. La explicación que propone al respecto es que los facultativos de su muestra presentan menos factores de riesgo para TEPT, como por ejemplo, antecedentes de patología mental previa. Al igual que los investigadores mencionados previamente, está de acuerdo en la necesidad de un mayor número de estudios para aclarar la aparición de TEPT a medio y largo plazo, ya que hasta ahora se dispone de una evidencia pobre al no haber transcurrido el suficiente tiempo para una evaluación más certera.

*Danet, A.*, comparte este pensamiento, pues en su revisión sistemática en la que compara la pandemia por SARS-CoV-2 con sus predecesoras (MERS y SARS) comprueba que tras dichas pandemias, se ha objetivado la continuidad de los síntomas ansiosos y depresivos, así como, la presencia de TEPT, en un 23% de los facultativos que prestaron atención sanitaria en aquellos escenarios con una situación epidemiológica de menor calibre que la que vivimos en la actualidad, apoyando la presencia de síntomas a medio y largo plazo, objeto de futuras revisiones [17, 27, 28, 29].

### 5.3 Síndrome de Burnout

El “*Síndrome de Burnout*”, descrito por primera vez en 1974, está ganando gran popularidad durante esta última década. Se trata de un problema psicosocial cuyo diagnóstico mantiene una tendencia al alza [30]. Se relaciona con síntomas de estrés crónico en el ámbito laboral y desencadenado por las actividades y el ambiente que encontramos en el mismo [31].

Determinadas situaciones estresantes que se dan durante la actividad laboral, mantenidas en el tiempo, pueden favorecer la aparición de los primeros síntomas que pueden desembocar en este síndrome, como por ejemplo, sentimientos de desrealización (cinismo, negativismo, etc.), fatiga y embotamiento mental, bajo rendimiento laboral y percepción de menor éxito y realización laboral [31].

*Albott et al.*, postula que este síndrome no es más que el resultado de un conjunto de respuestas fisiológicas que presenta el trabajador en estos escenarios de estrés mantenido. Éstas son de tipo cognitivo-emocional, y aparecen como respuesta a un ambiente laboral hostil, unas relaciones interprofesionales dadas en un marco laboral desfavorable, en el que existen un alto nivel de exigencia y carga de trabajo a los sanitarios en primera línea de atención [11]. El personal sanitario está constantemente virando entre la gratitud y la recompensa que proporciona el prestar ayuda a los pacientes, y el agotamiento que suponen las jornadas laborales largas que exigen atención y provocan un estado de alerta y tensión constante. En el marco de la atención hospitalaria en pandemia, este hecho se acentúa aún más [23]. Por tanto, resulta de vital importancia, que el individuo desarrolle y ponga en práctica estrategias frente a dicho agotamiento emocional, siendo la más importante, el trabajo y el desarrollo de la resiliencia personal; esta última necesaria en la gran mayoría de situaciones que se plantean en el trabajo diario del personal sanitario.

Para ello, y siguiendo con esta línea de psicoterapéutica, *Albott et al.*, apuesta por un sistema ideado para fomentar y reforzar la resiliencia psicológica en situaciones de emergencia, dirigida a los combatientes en las fuerzas armadas. Este sistema recibe el nombre de “*Battle Buddies*” y fue desarrollado por estadounidenses, con el fin de actuar sobre un el mayor número de militares de la manera más rápida posible [11]. El grupo de investigación, además, apuesta por la fusión de este modelo de “terapia de urgencia” con otro diferente, en la que se interviene sobre un equipo de trabajo multidisciplinar de sanitarios, llamado “*Anticipate-Plan*”. Siempre se ha de contar con una intervención a nivel individual de

cada trabajador si fuera necesario, a la que denominan “*Deter*”, por lo que la evaluación de su método de intervención, el “*Anticipate-Plan-Deter*” (Anticipar-Planificar-Detener), constituye el objetivo de su estudio.

Finalmente, en la división de su modelo de intervención psicoterapéutica se distinguen tres niveles:

El **primer nivel** se basa en la estrategia “*Battle Buddies*”, un plan de prevención a gran escala que no precisa de recursos organizativos extra. En este nivel se proporcionan pautas a nivel de equipo, insistir en los factores de riesgo y trazar un plan de prevención y gestión emocional, mediante el trabajo de la resiliencia personal, si en algún momento los componentes del equipo se encontraran en dicha situación.

El **segundo nivel**, aboga por la intervención terapéutica sobre los equipos de trabajo, formado por un determinado número de sanitarios y, en este caso, hay un profesional de la salud mental encargado en prestar la ayuda necesaria a dicho grupo de manera más individualizada, en esta situación sí que se precisan más recursos. Dicho profesional acude y visita cada cierto tiempo a los jefes de equipo de la unidad de trabajo para planificar el posible tratamiento o intervención necesaria, realizando sesiones de grupo en las que aplica el modelo mencionado de “*Anticipate-Plan-Deter*”.

Por último, el **tercer nivel** apuesta por la intervención terapéutica a nivel individual, sobre los sanitarios en los que se detectan factores de riesgo y/o presentan ya sintomatología, comenzando así un tratamiento individualizado, empleándose un mayor número de recursos.

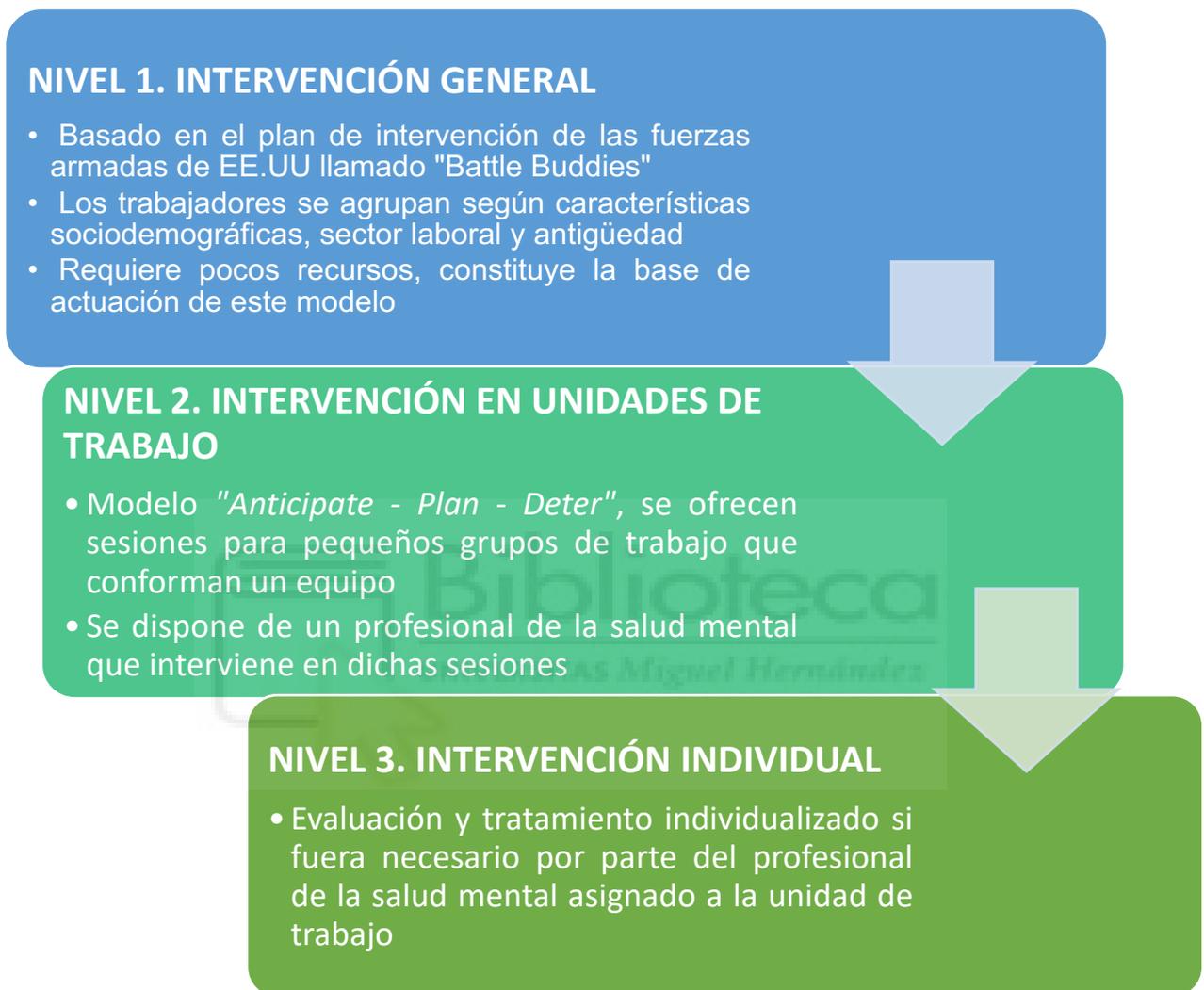


Figura 2. Esquema de los tres niveles del modelo de intervención psicoterapéutica planteado por Albott et al [11].

Las consecuencias de una respuesta inadecuada a este tipo de escenarios y el consiguiente desarrollo del síndrome, son potencialmente graves, tanto para el personal sanitario y sus pacientes, como para las propias instituciones sanitarias, que se ven afectadas de forma indirecta. Se ha relacionado con aparición de ansiedad, depresión, menor satisfacción y calidad de la atención, así como trastorno de estrés postraumático y una mayor tasa de suicidios entre los trabajadores sanitarios [32]. También, se han descrito un aumento de errores médicos, que indudablemente, amenazan la seguridad del paciente y alteran su percepción sobre la calidad de la atención médica prestada.

En esta línea, revisamos un meta-análisis realizado por *Rodrigues et al.*, cuyo objetivo de estudio es el estudio de la relación entre dicho síndrome y su prevalencia entre las diferentes especialidades médicas y quirúrgicas. Para ello, el meta-análisis parte de 26 estudios, que reúnen en total una muestra de 4.664 MIR (médico interno residente) de diferentes especialidades tanto hospitalarias como extrahospitalarias. Finalmente, concluye que los MIR de especialidades quirúrgicas (destacando los MIR de Cirugía General y Digestiva, Anestesiología y Reanimación, Ginecología y Obstetricia y Traumatología) y los de los Servicios de Urgencias son los que presentan mayor prevalencia de “*Síndrome de Burnout*”. Añadiendo un aumento entre las especialidades de Medicina de Urgencias, Urología y Medicina Interna entre los años 2011 y 2014 [33].

A raíz de estos resultados, *Rodrigues et al.*, plantea la necesidad de reconocer este síndrome y darle la importancia que merece debido al gran impacto que produce en los trabajadores que lo padecen y de cómo afecta al desempeño de su labor profesional [33]. Por otra parte, notificar las posibles situaciones en el marco laboral que favorezcan su aparición. Así pues, los investigadores proponen como estrategia para dicho fin, el uso de escalas y/o cuestionarios validados, que detecten factores de riesgo para poder intervenir, sugiriendo posibles soluciones y mejoras en el marco laboral (relaciones interprofesionales, organización del trabajo, solución de problemas que puedan acontecer, fomentar hábitos saludables entre los trabajadores, etc.). Éstos serían accesibles para todos los trabajadores que lo soliciten, e incluso, como método de cribado de forma periódica. Además de la conocer la situación en la que se encuentran los sanitarios, podría emplearse para monitorizar las respuestas a las intervenciones que se lleven a cabo, teniendo así una doble función, aparte de la diagnóstica.

*Salazar de Pablo et al.*, en las conclusiones de su revisión se reafirma en que son de vital importancia los sistemas de prevención transversales que informen a los sanitarios de los riesgos tanto físicos como mentales, que existen en relación al trabajo directo con pacientes infectados y de cómo evitarlos. Teniendo en cuenta que los facultativos no suelen pedir ayuda en temas de salud mental, bien sea por el estigma que existe en relación a ella o bien por pensar en su autosuficiencia acerca de estos temas [22]. Ellos proponen, coincidiendo con *Albott et al.*, el uso de instrumentos estandarizados y validados para detectar estos síntomas y afecciones mentales susceptibles de aparecer si no se ponen medidas. En estos momentos se está trabajando en herramientas relacionadas específicamente con SARS-CoV-2, que parten de las existentes para valorar la salud mental en sanitarios [11, 22].

Un aspecto alentador, según postulan *Albott et al.*, tras realizar el estudio, es que la patología mental a la que son susceptibles nuestros sanitarios, a priori, no precisa de importantes intervenciones ni tratamientos prolongados en el tiempo [11].

Por otra parte, *Zhang et al.*, vuelve a destacar la importancia del trabajo de la resiliencia. Afirma que el personal sanitario tiene que afrontar y sobrellevar sentimientos muy dispares de manera diaria. El presenciar la muerte de tantos pacientes en situación de pandemia les puede llevar a un estado de desaliento y tristeza, pero éste, puede virar rápidamente a sentimientos de gratitud y felicidad tras prestar una atención que mejore el estado de salud o la recuperación del paciente. Este conjunto de emociones tan dispares pueden agotar mentalmente al colectivo sanitario, por lo que la resiliencia, entendida como capacidad para sobrellevar los eventos traumáticos, se propone como el pilar fundamental para salvaguardar la salud mental de los sanitarios [23]. Más allá de adquirir y trabajar en estrategias preventivas, como hemos mencionado previamente, a día de hoy no se puede elaborar un plan de tratamiento para las posibles secuelas a largo plazo, ya que aún es necesaria la valoración de éstas pasado el tiempo necesario que permita evaluar el grado de aparición y gravedad de dichas secuelas.

En la revisión sistemática y metaanálisis de *Salazar de Pablo et. al.*, analiza la relación directa entre asistencia médica a pacientes afectados por COVID-19 y la aparición de “*síndrome de Burnout*” en los facultativos que prestan sus cuidados. Estos señalan que el 34.4% de estos sanitarios de primera línea presentan el síndrome y señalan la dificultad para poder compararlo con la tasa en la que se presenta en el resto de la población debido a los pocos estudios de cribado realizados al respecto [22]. Añaden, al igual que los investigadores *Zhang et al.*, que lo encontramos de forma predominante en el personal de enfermería, debido al estrecho contacto con el paciente [22, 23].

*Sanghera et al.*, realiza una revisión sistemática en la que concluye que las tasas de prevalencia de “*Síndrome de Burnout*” entre los sanitarios de primera línea oscilan entre el 3,1% y el 43%, tras el análisis de cinco estudios en relación con el trabajo durante la pandemia de SARS-CoV-2 [34].

Resulta de interés, tras leer el artículo publicado por *Fessell et al.*, la propuesta del empleo de herramientas y/o ejercicios muy sencillos y reproducibles a los que denominan “*microprácticas*”, que pueden realizarse durante la actividad diaria de los sanitarios [35]. Presentan un modelo de prácticas basadas en la teoría del *mindfulness* que se pueden realizar en pequeños momentos durante el horario laboral, como por ejemplo, durante el lavado de manos, pues no son necesarios más de unos minutos para llevarlas a cabo, no suponiendo tiempo ni recursos extra, de los que en la mayoría de veces no se dispone. Afirman que realizando estos ejercicios de manera diaria, es posible conseguir que la amígdala cerebral, lugar del encéfalo donde se procesan las emociones, descargue su actividad en la corteza prefrontal lateral derecha del mismo, consiguiendo así disminuir los niveles de estrés y ansiedad.

Además, destacan la necesidad de una buena comunicación dentro de las unidades de trabajo, para también, actuar sobre estos equipos, como plantearon *Albott et. al.*, además de a nivel individual con la realización de las “*microprácticas*” [11,35]. Afirman que hacer una puesta en común, hablar de las emociones y sentimientos con otras personas en la misma situación laboral ayuda a obtener un feedback positivo y fomentar las relaciones dentro del equipo.

Puntúan que en ningún momento este modelo de intervención sustituye la terapia de un profesional de la salud mental cualificado, pero sí se presenta como un método sencillo que, con su práctica continuada, pueden llegar a mejorar los síntomas de agotamiento y estrés en los sanitarios.

*Sheffler et al.*, como resultado de su revisión, proponen algunas pautas que pueden ayudar a la gestión emocional de estos profesionales y prevención del “*Síndrome de Burnout*”. Para ellos, lo ideal sería que cada sanitario tuviera acceso individualizado y en poco tiempo a recursos de salud mental junto con intervenciones a corto y largo plazo para tratar los síntomas o patologías que puedan haber desarrollado [36]. También plantean la visión de tratamiento a nivel de equipo como ya lo hicieron *Albott et al.*, dotando a estos grupos de atención médica en áreas de nutrición, ejercicio y calidad del sueño. Así como, asegurar a cada profesional equipos de protección suficientes para cumplir con su jornada laboral [11,36].



#### 5.4 Trastornos del sueño

*García-Iglesias et al. y Chong et al.*, afirman que los trastornos del sueño, destacando el insomnio en cualquiera de sus variantes, se han notificado y se postulan como factores de riesgo para desarrollar alguna patología mental de mayor gravedad cuando tienen relación con el trabajo con pacientes con infección por COVID-19 [18].

Siguiendo con la revisión de *Zhang et al.*, muestra que el 36,1% de los sanitarios padeció de insomnio durante el tiempo de trabajo con pacientes infectados. Se estudiaron los factores de riesgo, de entre los que destacaban, los altos niveles de estrés y de incertidumbre que suponía trabajar en las zonas de aislamiento, la preocupación por el contagio y la baja experiencia laboral al tratarse de sanitarios jóvenes, en algunos casos [23].

En su revisión, *Danet, A.*, observa que las alteraciones del sueño van desde el 8%-55% en Italia, el 29% en España, llegando hasta el 72% en Reino Unido. El personal de primera línea cuenta con una mayor prevalencia de insomnio, con una media de  $9,42 \pm 3,4$  ( $p < 0,005$ ). Predominando el personal de enfermería también en esta ocasión. El sexo femenino sufrió más dificultades para conciliar el sueño que el masculino, un 25% de las mujeres frente al 4% de los hombres [17].

*Salazar de Pablo et al.*, en su revisión, destaca que el 37.9% de los trabajadores presentaron alteraciones del sueño, mientras que el resto de la población, únicamente en un 18.2%. Señala que esta diferencia puede deberse a la variabilidad de los turnos que los sanitarios realizan [22]. Además, a menudo, han de continuar trabajando aunque hayan finalizado sus jornadas, pues durante la pandemia muchos sanitarios están con bajas laborales por contactos estrechos con personas positivas para COVID-19, cumpliendo cuarentena preventiva, o por el mero contagio de los facultativos.

*Shreffler et al.*, afirma que el sanitario mejora su calidad de sueño en tanto en cuanto, sienta un apoyo social y por parte del equipo de trabajo del que forma parte. Por lo que aboga, por la promoción del apoyo a los sanitarios, que comienza con un ambiente familiar y un entorno social que así lo respalde. Refieren que compartir emociones, experiencias vividas y mantener las relaciones sociales, en la medida en que sea posible, aporta beneficios como la reducción de los síntomas de ansiedad y mejora la conciliación y la calidad del sueño [36].

### 5.5 Estigma social

Otro problema, esta vez de índole social, que surge con el inicio de la pandemia es el estigma que se ha atribuido a la infección por SARS-CoV-2. Podemos hablar de estigma a diferentes niveles, comenzando con la exaltación del odio, actitudes y comportamientos racistas hacia la raza asiática por ser China el lugar de inicio de la pandemia. Y, además del impacto psicosocial, teniendo que lidiar con el rechazo y la marginación de otras comunidades, el estigma afecta a las relaciones internacionales y con ello, a la economía del país [37].

En relación al estigma que ha surgido y que afecta a quienes padecen la enfermedad como a los que la tratan, no han parado de sucederse situaciones de violencia verbal, agresiones, amenazas, etc. hacia el colectivo sanitario. Estas actitudes por parte de la población, solo añaden mayor estrés y desesperanza a un sector que necesita reconocimiento y feedback positivo para poder continuar con un labor.

*Salazar de Pablo et. al*, encuentra que el 14% de los sanitarios se sintieron estigmatizados en algún momento durante su actividad laboral en pandemia, aunque esta prevalencia es menor que en la población infectada, quienes sufren las consecuencias del estigma en un 39.5% según su revisión. Los sanitarios se sintieron ellos mismos y discriminados por el hecho de trabajar con pacientes infectados, repercutiendo en su familia de igual modo [22].

### 5.6 Depresión

Hablamos del estudio de los síntomas depresivos haciendo referencia de nuevo a la revisión sistemática de *Danet, A.*, que empleó diferentes escalas y subescalas para la medición de los síntomas depresivos en su muestra de 12 estudios descriptivos en población sanitaria occidental (Serbia, Turquía, Rumanía, Italia, España y EE.UU.). En términos generales, afirma que en el personal de primera línea se objetiva una mayor presencia de éstos. Dentro de este grupo de sanitarios, encontró un claro predominio entre el personal de enfermería, con un 53%, mientras que en un 38% pertenecían a otros trabajadores sanitarios. Además, afirma que en las sanitarias, en personas cuyo estado civil es soltero/a y en los trabajadores recién graduados, que acumulan menor experiencia laboral, predominan los síntomas depresivos [17].

Para ello, empleó la escala BDI-II, con la que la media general fue de 13,7 (frente a 9,8 del resto de profesionales,  $p < 0,05$ ). La media global en la medición con la subescala de DASS-21 osciló desde  $2,68 \pm 3,14$  en España ( $3,78 \pm 3,85$  en primera línea,  $p < 0,05$ ),  $4,0 \pm 2,3$  en Italia hasta  $6,92 \pm 4,70$  en Turquía. En Serbia, tras aplicar la *Escala de depresión de Zung* (SDS), con intervalo 25-100, obtuvo una media de  $46,39 \pm 10,61$ , frente a  $53,14 \pm 11,41$  en profesionales de primera línea ( $p > 0,05$ ) [17].

Además *Danet, A.*, realizó la comparativa entre los resultados occidentales hallados y los datos observados en Asia de los que disponía en su revisión. Concluyendo en que estos fueron bastante similares, sin apreciarse diferencias significativas en cuanto a los síntomas de depresión. Afirma que desde una cuarta parte hasta más de la mitad de los sanitarios padecen de patología depresiva leve o moderada durante esta crisis [17].

Por su parte, *Salazar de Pablo et al.*, compara la prevalencia de depresión entre sanitarios y no sanitarios en relación a la COVID-19, obteniéndose un 26.3% frente al 15%, respectivamente [22].

*Paiano et al.*, en su revisión, realiza un estudio de los síntomas y afecciones de la salud mental en sanitarios que han prestado su labor asistencial en crisis sanitarias anteriores para después, tras este análisis, concluir y plantear las medidas que los gobiernos debieran tomar para evitar los efectos deletéreos para el bienestar mental de los sanitarios a largo plazo [5].

Señala que durante el brote de SARS del año 2003, dichos profesionales de la salud presentaron síntomas depresivos hasta pasado un año del brote, provocando en algunos de ellos insomnio, abuso de sustancias como alcohol y otras drogas, además de síntomas de TEPT y ansiedad, como hemos comentado anteriormente [38, 39, 40].



Autores	Número de estudios	Diseño	Conclusiones
Albott et al. (2020)	-	Artículo descriptivo	<p>Planteamiento de una estrategia de intervención psicoterapéutica eficaz de forma escalonada, que consta de tres niveles de actuación.</p> <p>Una herramienta de cribado y asesoramiento y tratamiento coste-eficaz.</p>
Batra et al. (2020)	65	Meta-análisis	<p>Meta-análisis de mayor envergadura hasta la fecha. Calcula la media de la prevalencia de ansiedad, depresión, estrés, TEPT, insomnio, síndrome de Burnout, obteniendo las cifras de 34.4%, 31.8%, 40.3%, 11.4%, 27.8% y 37.4%, respectivamente.</p>
Danet Danet, A. (2021)	12	Revisión sistemática	<p>Relaciona "Síndrome de Burnout" y COVID-19 de forma directamente proporcional a mayor carga de trabajo, menor edad, sexo femenino, personal de enfermería, y relacionado con peor auto percepción del estado de salud.</p>
Dubey et al. (2020)	-	Revisión bibliográfica	<p>Concluye con la necesidad urgente de la aparición de sistemas y organizaciones para la atención de la salud mental dirigidas específicamente a la intervención psicoterapéutica en contexto de epidemias y pandemias. Para ello, además, plantea como medio útil y de gran alcance a la población, las redes sociales.</p>

<p><i>Fernández et al.</i> (2020)</p>	<p>13</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>Pone de manifiesto la necesidad de vigilar las condiciones laborales durante una crisis sanitaria, por parte de los gobiernos e instituciones sanitarias, y la toma de medidas y realización de intervenciones urgentes si fueran necesarias para garantizar unas adecuadas condiciones laborales.</p>
<p><i>Fessell et al.</i> (2020)</p>	<p>-</p>	<p>Artículo de opinión</p>	<p>Proponen el empleo de ejercicios sencillos derivados de la disciplina del "mindfulness", a modo de "microprácticas", que se realizan de forma individual y no requieren de recursos ni precisan de gran tiempo para llevarlos a cabo. Concluyen que son necesarios estudios más amplios y aleatorizados para la evaluación de su eficacia en relación con la mejora del bienestar de los sanitarios durante crisis sanitarias.</p>
<p><i>García-Iglesias et al.</i> (2020)</p>	<p>13</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>Tras el análisis de estudios, en su mayoría realizados en China, observa niveles medio-altos de ansiedad, depresión, preocupación e insomnio y, paradójicamente, niveles de estrés por debajo de lo esperado, que atribuye a la precocidad de la realización del estudio en relación temporalidad de la pandemia.</p>
<p><i>Magill et al.</i> (2020)</p>	<p>94</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>Halla una prevalencia de ansiedad entre el personal sanitario de entre el 18% y el 89%. Y las afecciones mentales que reporta con mayor frecuencia son el estrés, entre un 42% a un 89%, la ansiedad, que varió del 56% al 100%. Además de los síntomas depresivos que contaron con una prevalencia de entre el 28% y el 77%.</p>

<p><i>Magnavita et al.</i> (2021)</p>	<p>7</p>	<p>Revisión <u>paragüas</u></p>	<p>Postulan que el hallazgo de afecciones mentales como ansiedad o depresión en el contexto de la atención sanitaria en pandemia, no debe atribuirse exclusivamente a dicha atención. Afirman que existen otros factores personales que pueden precipitar estas patologías y destacan la necesidad de realizar estudios que relacionen la presencia de factores de riesgo previos con posibles precipitantes para dichas patologías, como podría ser una situación de crisis sanitaria.</p>
<p><i>Paiano et al.</i> (2020)</p>	<p>5</p>	<p>Revisión integradora</p>	<p>Estudia síntomas y afecciones de la salud mental en sanitarios que han prestado su labor asistencial en crisis sanitarias anteriores para después, tras su análisis, concluir y plantear posibles medidas que los gobiernos debieran aplicar para evitar los efectos deletéreos para la salud mental de los sanitarios a largo plazo.</p>
<p><i>Raudenská et al.</i> (2020)</p>	<p>-</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>Reivindica la importancia del empleo de herramientas y estrategias psicoterapéuticas para prevenir a los sanitarios tanto del estrés agudo como del TEPT y el "Síndrome de Burnout". Plantea el uso de "microprácticas" para tal fin, y destaca la importancia de tratar a todos los profesionales de la salud, no solo los que trabajan en contacto directo con pacientes infectados por SARS-CoV-2</p>
<p><i>Salazar de Pablo et al.</i> (2020)</p>	<p>115/40</p>	<p>Revisión sistemática/meta-análisis</p>	<p>Notifica que el 34.4% de los sanitarios en primera línea de atención en de SARS-CoV-2 puede llegar a presentar en algún momento "Síndrome de Burnout".</p>

<p><i>Sanghera et al.</i> (2020)</p>	<p>44</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>Relaciona "Síndrome de Burnout" y COVID-19, atribuyendo una prevalencia de entre 3.1% y el 43%. Como factores de riesgo para desarrollarlo, destaca el pertenecer al personal de enfermería y ser sanitario joven, al tener menor experiencia laboral.</p>
<p><i>Shreffler et al.</i> (2020)</p>	<p>37</p>	<p>Revisión de alcance</p>	<p>Afirman que para que aparezca "Síndrome de Burnout" en profesionales que prestan atención sanitaria en pandemia, se tienen que dar síntomas en relación dicho síndrome y condiciones laborales subóptimas previamente. Su aparición no puede atribuirse únicamente a una situación de crisis sanitaria, si no que se trata más bien del desenlace de un proceso ya iniciado con anterioridad.</p>
<p><i>Zhang et al.</i> (2020)</p>	<p>22</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>Concluyen que el 28% de los sanitarios sufrieron ansiedad, el 20,1% estrés y el 30,6% experimentó depresión derivadas del trabajo directo con pacientes infectados por SARS-CoV-2. Además, el estudio reveló que el acceso a los EPI resultó en una mejor salud física y gratificación laboral y, en última instancia, condujo a una menor angustia entre los trabajadores sanitarios.</p>

Tabla 2. Resumen de las principales características y resultados de los estudios analizados

## 6. Conclusiones

Esta revisión bibliográfica parte de 37 artículos, que tras una segunda lectura se seleccionaron finalmente 15. Incluyéndose aquellos que cumplían los criterios de inclusión, desechando los que reunían algún criterio de exclusión.

Podemos concluir que entre los factores que ponen en peligro la salud mental de los sanitarios, destacan, sin duda, la **falta de recursos**, la **baja disponibilidad de profesionales y de infraestructuras** necesarias con un adecuado sistema de aislamiento por gotas y aerosoles, y equipos de protección individual (EPI). Por otro lado influyen, de manera significativa, **el miedo y la inseguridad** que suponen la exposición y la posibilidad de contagio del facultativo y de sus familiares y círculo de personas más cercano. Añadiéndose a esto, la **gran carga de trabajo** al verse obligado a cubrir a otros compañeros aislados o afectados por el virus, la **desinformación o información ambigua y desactualizada**, y la sensación de falta de respaldo gubernamental.

Por ello, es fundamental el apoyo y la comunicación clara por parte del gobierno y demás instituciones sanitarias, mitigando en la medida de lo posible, dudas sobre la organización en los hospitales y sobre la disponibilidad de recursos. Pero, sobre todo, el destinar un presupuesto importante a la mejora de las instalaciones de trabajo, material de protección y dirigido a la contratación de personal para la ampliación de la plantilla. Si estas medidas se toman y se actúa con prudencia, nuestros sanitarios se sentirían más seguros y respaldados y los niveles de estrés e inseguridad deberían descender. No podemos olvidar que, los esfuerzos para acabar con el estigma y la discriminación que rodea a la enfermedad desde su origen, deben surgir desde dichas instituciones.

Para conseguir mejores resultados, es necesario un abordaje de manera individualizada, que tuviera en cuenta **variables de tipo sociodemográfico**, la **actividad del profesional**, el **contacto directo con pacientes o antecedentes personales de salud mental**, recordando que las medidas de protección y apoyo psicológico son necesarias pese a la levedad de los síntomas.

Por otra parte, como ya hemos tratado previamente, creemos que para conseguir la mejora de la calidad y salud mental de los facultativos, es necesaria la **intervención** a diferentes niveles de manera rápida y efectiva.

Es urgente que los centros sanitarios dispongan de herramientas y sistemas para valorar la salud mental de su personal en activo, para ello se hace necesaria la disposición de profesionales en psicología y psiquiatría, que intervengan de forma temprana, pero quizás lo más importante sea la prevención mediante sistemas de cribado estandarizados según área de trabajo. Así pues, tras la lectura, análisis de los artículos revisados y conociendo las intervenciones para salud mental que los investigadores plantean, se hace necesario reclamar este **sistema de actuación psicoterapéutica en situaciones de emergencia sanitaria** [19].

Para ello, planteamos como opción para tal fin, la formación de un equipo provisional formado por profesionales en psicología y psiquiatría que actúe en este tipo de escenarios de emergencia, prestando orientación en la gestión emocional de los sanitarios de manera tanto preventiva como terapéutica [19]. Este sistema de intervención y tratamiento, que funciona de manera escalonada según grupos de trabajo, hasta la individualización de los casos si fuera necesario, va a favor de una mejor gestión de los recursos, además de favorecer el abordaje eficaz y precoz de la salud mental a quienes va dirigido [13].

En esta línea, cabe destacar, como ya se ha evidenciado previamente, que las que más sufren los efectos adversos del trabajo en unidades COVID-19 son las sanitarias. Por ello y, teniendo en cuenta que el sexo femenino supone mayor porcentaje que el masculino en el ámbito sanitario, la estrategia planteada debería tener una perspectiva de género, pues además son ellas las que más demandan estos servicios [17].

El problema que encontramos en este sentido es que, estos sistemas de intervención y herramientas de cribado no se han podido evaluar de forma sistemática por el momento. Es necesario disponer de ensayos y revisiones a largo plazo tras su implantación y todavía no podemos asegurar su eficacia con los estudios seleccionados. Así como, tampoco podemos valorar la presencia de secuelas en la salud mental de los sanitarios a largo plazo.

## 7. Bibliografía

1. World Health Organization (WHO). Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). [Internet] Geneva: WHO; 2020.
2. Cervera i Segura, R., Espinosa, G., Ramos-Casals, M., Hernández-Rodríguez, J., Prieto-González, S., Espígol-Frigolé, G., & Cid, M. (2021). *Enfermedades autoinmunes sistémicas* (6th ed.). Madrid: Panamericana.
3. Chan JF, Yuan S, Kok KH, Kai-Wang K, Chu H, Yang J, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet*. 2020;395(10223):514–23. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30154-9
4. Sohrabi C, Alsafi Z, O'Neill N, Khan M, Kerwan A, Al-Jabir A et al. World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *Int J Surg*. 2020;76:71-6. doi: 10.1016/j.ijisu.2020.02.034.
5. Paiano, M., Jaques, A. E., Nacamura, P., Salci, M. A., Radovanovic, C., & Carreira, L. (2020). Mental health of healthcare professionals in China during the new coronavirus pandemic: an integrative review. *Revista brasileira de enfermagem*, 73 (supl 2), e20200338. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0338>

6. Choudhury T, Debski M, Wiper A, et al. Covid-19 pandemic: looking after the mental health of our healthcare workers. *J Occup Environ Med.* 2020;62(7):e373-e376.
7. Englert EG, Kiwanuka R, Neubauer LC: “When I die, let me be the last.” Community health worker perspectives on past Ebola and Marburg outbreaks in Uganda. *Glob Public Health* 2019; 14: 1182–1192
8. Witter S, Wurie H, Chandiwana P, et al: How do health workers experience and cope with shocks? Learning from four fragile and conflict-affected health systems in Uganda, Sierra Leone, Zimbabwe and Cambodia. *Health Policy Plan* 2017; 32(suppl 3): iii3–iii13
9. Maunder R, Hunter J, Vincent L, et al. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ.* 2003;168(10):1245-1251.
10. Palm KM, Polusny MA, Follette VM. Vicarious traumatization: potential hazards and interventions for disaster and trauma workers. *Prehosp Disaster Med.* 2004;19:73–78.
11. Albott, C. S., Wozniak, J. R., McGlinch, B. P., Wall, M. H., Gold, B. S., & Vinogradov, S. (2020). Battle Buddies: Rapid Deployment of a Psychological Resilience Intervention for Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic. *Anesthesia and analgesia*, 131(1), 43–54. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004912>

12. Jung H, Jung SY, Lee MH, et al: 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 Saf* (Epub ahead of print, March 9, 2020)
  
13. Magill, Elizabeth & Siegel, Zoe & Pike, Kathleen. (2020). The Mental Health of Frontline Health Care Providers During Pandemics: A Rapid Review of the Literature. *Psychiatric services* (Washington, D.C.). 71. appips202000274. 10.1176/appi.ps.202000274.
  
14. Kuhn CM, Flanagan EM. Self-care as a professional imperative: physician burnout, depression, and suicide. *Can J Anaesth*. 2017;64:158–168.
  
15. McAlonan GM, Lee AM, Cheung V, et al: Immediate and sustained psychological impact of an emerging infectious disease outbreak on health care workers. *Can J Psychiatry* 2007; 52: 241–247
  
16. Batra, K., Singh, T. P., Sharma, M., Batra, R., & Schvaneveldt, N. (2020). Investigating the Psychological Impact of COVID-19 among Healthcare Workers: A Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 17(23), 9096. <https://doi.org/10.3390/ijerph17239096>
  
17. Danet Danet A. (2021). Psychological impact of COVID-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals. A systematic review. Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Medicina clínica*, 156(9), 449–458. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.11.009>

18. García-Iglesias, Juan Jesús, Gómez-Salgado, Juan, Martín-Pereira, Jorge, Fagundo-Rivera, Javier, Ayuso-Murillo, Diego, Martínez-Riera, José Ramón, Ruiz Frutos, Carlos. Impacto del SARS-CoV-2 (COVID-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*. 2020, 94: 23 de julio e202007088. URI: <http://hdl.handle.net/10045/108234>. ISSN: 1135-5727
19. Dubey, S., Biswas, P., Ghosh, R., Chatterjee, S., Dubey, M. J., Chatterjee, S., Lahiri, D., & Lavie, C. J. (2020). Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes & metabolic syndrome*, 14(5), 779–788. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.05.035>
20. Adriaenssens, J., De Gucht, V., Maes, S., 2015. Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *Int. J. Nurs. Stud.* 52, 649–661.
21. Dichter MN, Sander M, Seismann-Petersen S, Köpke S et al. COVID-19: It is time to balance infection management and person-centered care to maintain mental health of people living in German nursing homes. *Int Psychogeriatr*. 2020;1-11. doi: 10.1017/S1041610220000897.
22. Gonzalo Salazar de Pablo, Julio Vaquerizo-Serrano, Ana Catalan, Celso Arango, Carmen Moreno, Francisco Ferre, Jae Il Shin, Sarah Sullivan, Natascia Brondino, Marco Solmi, Paolo Fusar-Poli. Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, Volume 275, 2020, Pages 48-57, ISSN 0165-0327, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.022>.

23. Zhang, X. J., Song, Y., Jiang, T., Ding, N., & Shi, T. Y. (2020). Interventions to reduce burnout of physicians and nurses: An overview of systematic reviews and meta-analyses. *Medicine*, 99(26),e20992. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000020992>
24. Fernandez, R., Lord, H., Halcomb, E., Moxham, L., Middleton, R., Alananzeh, I., & Ellwood, L. (2020). Implications for COVID-19: A systematic review of nurses' experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic. *International Journal Of Nursing Studies*, 111, 103637. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103637
25. Oh N, Hong N, Ryu DH, et al: Exploring nursing intention, stress, and professionalism in response to infectious disease emergencies: the experience of local public hospital nurses during the 2015 MERS outbreak in South Korea. *Asian Nurs Res* 2017; 11: 230–236
26. Alananzeh, Laura Ellwood. Implications for COVID-19: A systematic review of nurses' experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic. *International Journal of Nursing Studies*, Volume 111, 2020, 103637, ISSN 0020-7489. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103637>.
27. Foa EB, Meadows EA. Psychosocial treatments for post-traumatic stress disorder: a critical review. *Annu Rev Psychol*. 1997;48:449–480.

28. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The post-traumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): development and initial psychometric evaluation. *J Trauma Stress*. 2015;28(6):489-498.
29. Galea S, Nandi A, Vlahov D. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiol Rev*. 2005;27:78–91.
30. Shapiro J, Zhang B, Warm EJ. Residency as a Social Network: Burnout, Loneliness, and Social Network Centrality. *J Grad Med Educ* [Internet]. 2015 Dec; 7(4):617–23. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-15-00038.1> PMID: 26692975
31. Patrick J. Bridgeman, Pharm.D., BCPS, Mary Barna Bridgeman, Pharm.D., BCPS, Joseph Barone, Pharm.D., FCCP, Burnout syndrome among healthcare professionals, *American Journal of Health-System Pharmacy*, Volume 75, Issue 3, 1 February 2018, Pages 147–152, <https://doi.org/10.2146/ajhp170460>
32. Magnavita, N., Chirico, F., Garbarino, S., Bragazzi, N. L., Santacroce, E., & Zaffina, S. (2021). SARS/MERS/SARS-CoV-2 outbreaks and burnout syndrome among healthcare workers. An umbrella systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph18084361>

33. Rodrigues H, Cobucci R, Oliveira A, Cabral JV, Medeiros L, et al. (2018) Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. e0206840. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206840>
34. Sanghera, J, Pattani, N, Hashmi, Y, et al. The impact of SARS-CoV-2 on the mental health of healthcare workers in a hospital setting—A Systematic Review. *J Occup Health*. 2020; 62:e12175. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12175>
35. Fessell, D., & Cherniss, C. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Beyond: Micropractices for Burnout Prevention and Emotional Wellness. *Journal of the American College of Radiology : JACR*, 17(6), 746–748. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2020.03.013>
36. Shreffler, J., Petrey, J., & Huecker, M. (2020). The Impact of COVID-19 on Healthcare Worker Wellness: A Scoping Review. *The western journal of emergency medicine*, 21(5), 1059–1066. <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.7.48684>
37. Verma S, Mythily S, Chan YH, et al: Post-SARS psychological morbidity and stigma among general practitioners and traditional Chinese medicine practitioners in Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 2004; 33:743–748
38. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med*. 2011;9:90. doi: 10.1186/1741-7015-9-90.

39. Liu X, Kakade M, Fuller CJ, Fan B, Fang Y, Kong J, et al. Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Compr Psychiatry*. 2012; 53: 15–23. doi: 10.1016/j.comppsy.2011.02.003
  
40. Kim JS, Choi JS: Factors influencing emergency nurses' burnout during an outbreak of Middle East respiratory syndrome coronavirus in Korea. *Asian Nurs Res* 2016; 10:295–299





