



ARTÍCULO ESPECIAL

Profesionales sanitarios: afrontando el impacto emocional por la COVID-19 en un centro monográfico de cáncer

Jorge Maté-Méndez^{1,2*} y María Lleras de Frutos¹

¹Unidad de Psico-Oncología, Instituto Catalán de Oncología, Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España. ²Grupo de Investigación en Estrés y Salud (GIES), Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Barcelona. Bellaterra, Barcelona, España

Recibido el 3 de julio de 2020

Aceptado el 30 de agosto de 2020

PALABRAS CLAVE

Malestar emocional, psicooncología, profesionales sanitarios, COVID-19, sistemas de apoyo psicosocial, neoplasias.

Resumen

Introducción: El impacto psicológico de la pandemia de la COVID-19 es incuestionable, especialmente entre los grupos de mayor vulnerabilidad. Uno de estos grupos es el de profesionales sanitarios. El objetivo es describir la puesta en marcha de un plan de intervención psicológica destinado en la protección de la salud mental de los profesionales sanitarios durante la crisis de la COVID-19 realizada por la Unidad de Psicooncología, en un hospital monográfico de cáncer.

Método: Proceso de tres fases: 1) revisión narrativa de la literatura; 2) descripción de la elaboración de un plan de atención y soporte psicológico a profesionales, tanto individual como grupal; 3) descripción de la puesta en práctica del plan centrado fundamentalmente en facilitar un espacio reparador y normalizador del sufrimiento, legitimando y normalizando sus reacciones emocionales, proporcionando estrategias simples para hacer frente a la situación.

Resultados: Se realizaron 67 intervenciones en 20 espacios grupales, y 20 intervenciones individuales, lideradas por profesionales especialistas en Psicología Clínica. Participaron profesionales de la medicina, enfermería, auxiliares de enfermería y de administración. El miedo a contagiarse o contagiar a otro se consideró la principal manifestación, junto con el miedo a la atención inadecuada de los pacientes. El malestar emocional al inicio de la pandemia se puntuó con una EVA de 5/10 (pésimo-excelente). El 100 % de los profesionales que asistieron a las sesiones consideraron que les ayudaron mucho, puntuando con una EVA de 8/10. Asimismo, mostraron una satisfacción muy alta (9/10). El 100 % consideraron que este tipo de sesiones deberían realizarse de nuevo en situaciones similares futuras.

Conclusiones: El plan de soporte psicológico ofrecido a los sanitarios durante la pandemia impresiona (subjetivamente) terapéutico. Se recomiendan realizar estrategias de atención y prevención permanentes y estables con el objetivo de proteger la salud mental de colectivos más vulnerables, así como estudios específicos en caso de nuevas pandemias.

*Autor para correspondencia:

Jorge Maté Méndez

Unidad de Psicooncología, Instituto Catalán de Oncología. Granvia de L'Hospitalet, 199-203. 08908, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

Correo electrónico: jmate@iconcologia.net

DOI: [10.20986/medpal.2020.1186/2020](https://doi.org/10.20986/medpal.2020.1186/2020)

1134-248X/© 2020 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Emotional distress, psycho-oncology, healthcare professionals, COVID-19, psychosocial support systems, neoplasms.

Abstract

Introduction: The psychological impact of the COVID-19 pandemic is unquestionable, especially among the most vulnerable groups. Healthcare workers conform one of these groups. The aim of this paper is to describe the implementation of a psychological intervention plan designed to protect the mental health of healthcare professionals during the COVID-19 crisis, carried out by the Psycho-Oncology Unit in a monographic cancer hospital.

Method: This is a 3-phase process: 1) narrative review of the literature; 2) description of the development of a plan of care and psychological support for professionals, both individually and in groups; 3) description of the implementation of the plan focused primarily on providing a restorative space for suffering relief, and for both legitimizing and normalizing emotional reactions providing simple strategies to cope with the situation.

Results: A total of 67 interventions were performed for 20 groups and 20 individuals by a clinical psychologist. Medical, nursing, nursing assistance, and administrative staff participated. Fear of self contagion or contagion to another was considered the main manifestation, together with fear of inadequate patient care. Emotional distress at the onset of the pandemic was assessed with an EVA score of 5/10 (very bad-excellent). In all, 100 % of the professionals who attended the sessions felt that they were very helpful, scoring an EVA of 8/10. They also showed very high satisfaction levels (9/10). A total of 100 % considered that this type of session should be done again in similar situations in the future.

Conclusions: The psychological support plan offered to healthcare workers during the pandemic is (subjectively) therapeutic. Permanent prevention strategies focused on protecting mental health in the most vulnerable groups are recommended, as well as specific studies in case of a new pandemic.

Maté-Méndez J, Lleras de Frutos M. Profesionales sanitarios: afrontando el impacto emocional por la COVID-19 en un centro monográfico de cáncer. *Med Paliat.* 2020;27(3):209-216

INTRODUCCIÓN

La pandemia de la COVID-19 ha obligado al confinamiento de la población con todas las implicaciones que ello conlleva, entre las que destacamos las psicológicas¹, especialmente entre los grupos de mayor vulnerabilidad: profesionales sanitarios, personas con psicopatología previa, con enfermedades crónicas o en progresión, o las recién diagnosticadas de alguna enfermedad oportunista en las que, a consecuencia de la saturación del sistema de salud y nuevas prioridades, se han pospuesto pruebas diagnósticas y tratamientos²; también aquellas en riesgo de exclusión social³ (por ejemplo bajos ingresos económicos, pobre red familiar o social de soporte, personas dependientes, entre otros) o aquellas situaciones derivadas de una convivencia forzada entre personas con antecedentes de maltrato, como así se evidencia en un estudio reciente⁴.

El deterioro de la salud mental de la población general, y en mayor medida en estos grupos de mayor vulnerabilidad, es incuestionable. Algunos factores que pueden condicionar este deterioro son^{1,5-9}: miedo al contagio o la ansiedad por la salud, propia y de los seres queridos, pérdida de seres queridos e imposibilidad de acompañamiento, dificultad de acceso a los recursos sanitarios, falta de profesionales de

la salud mental, consecuencias económicas, y la sobreinformación o la forma en la que se transmite la información a través de los medios oficiales y no oficiales. Ante estas circunstancias se prevé que aproximadamente la mitad de la población presente evidente impacto emocional en forma de aparición de sintomatología ansiosa, depresiva y de estrés agudo⁶. En concreto, la literatura describe síntomas como bajo estado de ánimo, desgaste emocional, frustración, impotencia, culpa, aturdimiento, alteraciones mnésicas, miedo, incertidumbre, nerviosismo, desconfianza en el medio, irritabilidad, insomnio y otros síntomas de estrés postraumático^{1,9}. La literatura refiere que incluso tres años después de la crisis sanitaria pueden reportarse episodios de estrés postraumático asociados al aislamiento¹. En nuestro contexto, un estudio revela que la salud mental de un 46 % de los españoles está en riesgo; y 6 de cada 10 españoles han sentido en algún momento, tristeza, impotencia o desesperación por el futuro¹⁰. Estas reacciones son respuestas normales a una situación excepcional, y una amplia mayoría de personas no desarrollará posteriormente un trastorno mental a causa de la situación vivida, sin embargo, muchas de ellas pueden necesitar ayuda profesional para asimilar la experiencia⁸.

De acuerdo con el informe del Consejo General de la Psicología en España, “unos 151.000 familiares de enfermos y

fallecidos, cerca de 150.000 sanitarios y hasta 10.000.000 personas de la población general, pueden llegar a necesitar algún tipo de atención psicológica e intervención psicológica específica¹¹. Sin embargo, es necesario ser prudentes y estar atentos a la evolución de la salud mental de la población, centrandos los esfuerzos en la prevención, ya que el sufrimiento no es patología⁸, pero sí es probable que el mayor impacto en la salud mental esté aún por venir^{1,12}.

Situación actual del tema

Las personas que se dedican profesionalmente al ámbito sanitario y el resto de personal imprescindible para la labor sociosanitaria son uno de esos grupos de especial vulnerabilidad^{3,8}. Se encuentran sometidos a demandas asistenciales para las que en muchas ocasiones no han recibido entrenamiento adecuado, tratando de adaptarse urgentemente a las exigencias del momento (toma de decisiones, instrucciones cambiantes, medidas de bioseguridad, desafíos en el equipo, tanto humano como material, etc.)¹³⁻¹⁵. Esta situación puede causar daños morales y la aparición de elevado malestar emocional, miedo al contagio, ansiedad y episodios de estrés agudo, estando en riesgo de desarrollar también síntomas de estrés postraumático, como elevada activación, conductas evitativas, pensamientos intrusivos, falta de concentración e indecisión, deterioro o rechazo del desempeño laboral, percepción de estigmatización, irritabilidad, insomnio, culpa y frustración, agotamiento y desapego hacia los demás^{1,3,16,17}.

Un estudio preliminar con profesionales de la salud en la Comunidad de Madrid (90 %), informa que el 79,5 % sufre ansiedad, y de estos, un 21,2 % trastorno de ansiedad severo. El 53 % de los profesionales presentan sintomatología compatible con estrés postraumático, y el 40 % se sienten emocionalmente agotados¹⁸.

De acuerdo con el “Informe del Comité de Bioética de España sobre Aspectos Bioéticos en la Priorización de Recursos Sanitarios en la Crisis del Coronavirus” del 23 de marzo de 2020, consideramos que cuidar a los que cuidan debe ser un imperativo ético. Dicho informe sugiere que “la mejor manera de proteger la salud de todos y cada uno de los individuos es proteger la salud de los profesionales cuya función directa es garantizar aquella”¹⁹.

Experiencia en el Institut Català d’Oncologia

En el ámbito oncológico en el que los autores de este documento trabajamos, hemos presenciado situaciones y experiencias de gran sufrimiento emocional. Es por ello que se propuso un Plan de Intervención Psicooncológica específica durante la pandemia de la COVID-19, coordinadamente con la Unidad de Trabajo Social Sanitario y el Programa de Atención al Duelo, para dar respuesta a las necesidades emocionales y socio-familiares de pacientes, familias y profesionales afectados por la situación (Tabla I). El objetivo de este Plan era facilitar, flexibilizar e individualizar la intervención psicosocial realizada, adaptándonos a las necesidades detectadas en pacientes, familiares y profesionales en los diferentes momentos de la pandemia^{15,20}.

Desde la PSO no solo mantuvimos la atención a pacientes (de manera presencial y telemática) y sus familiares (mayoritariamente a distancia), sino que de manera excepcional durante la crisis del COVID-19, ofrecimos atención individualizada y/o grupal a los/as compañeros/as profesionales sanitarios.

En este contexto se tomaron medidas sobre la marcha adaptadas a las necesidades no solo teóricas, si no reales. En concreto, en el ICO durante los meses de marzo, abril y mayo de 2020, el 42,5 % de los pacientes que consultaron por sintomatología compatible con COVID-19 fueron diagnosticada-

Tabla I. Plan de Intervención Psicooncológica durante la crisis de la COVID-19 en el Instituto Catalán de Oncología de L’Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOONCOLÓGICA - ICO L’HOSPITALET - CRISIS COVID-19

De acuerdo con la situación de **emergencia social y sanitaria** en la que nos encontramos por la Declaración de Pandemia del coronavirus COVID-19, la **Unidad de Psicooncolgía** propuso un **Plan de Atención específica durante la pandemia de la COVID-19**, para dar respuesta a las necesidades emocionales y socio-familiares de pacientes, familias y profesionales afectados por la situación.



- **Atención telemática** (telefónica o VCF) de **pacientes ingresados y familias de 8 h a 17 h**. Atención continuada de 17 h a 21 h (intervención en crisis inmediata y/o urgente)
- **Atención presencial de paciente oncológico según necesidad y complejidad** (pérdida del sentido de la vida, ansiedad y síntomas depresivos severos, ideación suicida, desesperanza, y deseo de adelantar la muerte “DAM +”)
- **Atención psicológica telemática** (telefónica o VCF) de las **agendas de consultas externas por pacientes oncológicos y familiares**
- **Atención psicológica telemática individual** (telefónica o VCF) a los **profesionales ICO sanitarios y no sanitarios** en activo o que se encuentren confinados
- **Grupos de apoyo presencial a los profesionales de planta**, para ayudarles en la **regulación emocional** (expresión y técnicas de reducción de ansiedad, validando acciones que se realizan con el paciente). Hacer equipo
- **Posibilidad de grupo de apoyo telemático** a los **profesionales confinados**, según necesidad

dos finalmente de esta infección. Con este panorama, el personal sanitario que realizaba asistencia señaló en su mayoría una gran tensión emocional derivada de la necesidad de atender lo mejor posible tanto al paciente (enfermo/a, infectado/a y aislado/a), como a la familia (aislada en el domicilio y sin poder acompañar), y en un contexto donde no había experiencia previa, más allá de lo explicado en los medios de comunicación, y planes de contingencia locales.

El objetivo principal de este documento se ha centrado en *describir la puesta en marcha de un plan de intervención psicológica destinado en la protección de la salud mental de los profesionales sanitarios durante la crisis de la COVID-19 realizada por la Unidad de Psicooncología, en un hospital monográfico de cáncer.*

MÉTODO

Teniendo en cuenta este contexto, y de acuerdo con el objetivo de este documento, el proceso se desarrolló en tres fases:

1. Revisión narrativa de la literatura (ver en introducción).
2. Descripción de la elaboración de un plan de atención y soporte psicológico a profesionales, tanto individual como grupal.
3. Descripción de la puesta en práctica del plan.

Elaboración del plan de atención y soporte psicológico al profesional sanitario

Una vez fueron detectados los altos niveles de estrés y sufrimiento, de acuerdo con la Dirección del ICO, la PSO propuso un **plan de atención** y soporte psicológico en crisis, tanto a nivel individualizado como grupal, para profesionales que mostraran interés y necesidad. Toda la atención psicológica fue realizada por el personal de la PSO, especialistas en Psicología Clínica y tenía los siguientes objetivos²¹: 1) facilitar un **espacio reparador** y previsible para el **alivio del sufrimiento**; 2) facilitar un **espacio legitimador y normalizador** de sentimientos, emociones, pensamientos experimentados, conductas relacionadas y reacciones físicas; 3) favorecer el **apoyo entre iguales**; 4) facilitar estrategias sencillas para la gestión de problemas y conflictos; 5) **prevenir complicaciones psicopatológicas** futuras, ofreciendo atención individualizada si se consideraba necesario; y 6) fomentar **mayor introspección sobre la dimensión vocacional**, como refuerzo de su autoconcepto y validación del trabajo realizado.

1. **Atención psicológica individual**: la atención psicológica individual, voluntaria y a demanda, se centró en las necesidades y preocupaciones relacionadas con las vivencias personales durante la crisis, su implicación en el quehacer diario y estrés asociado. Se facilitó la expresión emocional, y la toma de conciencia para la resolución de problemas y conflictos, con la finalidad de una mejor gestión y regulación emocional. La frecuencia e intensidad de la intervención se decidió de acuerdo con las necesidades detectadas, realizando una media de dos sesiones por persona.

2. **Encadre de la atención psicológica grupal**²¹: se ofreció soporte psicológico grupal de asistencia voluntaria a todas las personas pertenecientes a la institución que atendieron pacientes tanto COVID+ como no COVID. Los grupos de soporte se diseñaron para ser de sesión única, independiente, a pesar de que hubo profesionales que asistieron a más de una sesión. El horario y día de realización se pactó con las supervisoras de planta para facilitar la asistencia de todos los turnos laborales, y la asistencia se realizaba según disponibilidad e interés. Con una duración de entre 45-90' según las necesidades. Con un máximo de entre 6 y 9 participantes, sin superar los 9 + 1, por temas de seguridad y prevención de contagio. La asistencia a los grupos fue voluntaria en función de sus necesidades y horarios asistenciales. Se decidió el mantenimiento de los grupos hasta que las personas participantes lo consideraron necesario.
3. **Contenido de los grupos de soporte al profesional**: en cada sesión, los sanitarios pudieron compartir sus emociones, sentimientos y las reacciones experimentadas, así como recibir asesoramiento en la gestión emocional de pacientes y familiares durante la atención al paciente ingresado (COVID+ y no COVID). De manera resumida, los temas más emergentes fueron los siguientes (cambiantes según evolucionó la pandemia): miedo al contagio propio y al de sus familiares, sufrimiento y frustración por no poder atender adecuadamente a pacientes dado el aislamiento, sufrimiento propio asociado al sufrimiento de pacientes y familiares, impacto emocional severo ante el fallecimiento de un compañero sanitario, enfado y miedo ante el desconfinamiento, agotamiento emocional y físico, y agradecimiento ante determinadas muestras concretas de apoyo.
4. **Puesta en práctica del grupo de soporte al profesional**:
 - 4.1. **“Aquí y ahora”**: con la intención de dejar por un rato de lado el estrés y las presiones vividas durante la jornada, se iniciaba la sesión centrandose la atención en la respiración. De esta manera se pretendía facilitar la conexión con uno mismo, “aquí y ahora”, en el presente.
 - 4.2. **¿Qué somos? y ¿cómo reaccionamos?**: durante los siguientes minutos, el/la psicólogo/a conductor/a del grupo, previo al trabajo específico de compartir la vivencia entre los miembros del mismo, explicaba de manera muy básica algunos conceptos:
 - 4.2.1. Toma de conciencia de que **somos el resultado** interrelacionado de “**pensamientos, emociones y conductas**” que, aunque son partes de un todo, esta diferenciación pragmática permite identificar cómo nos relacionamos con nosotros mismos, con los demás y el mundo que nos rodea.
 - 4.2.2. Permite conocer nuestras fortalezas y áreas de mejora a modificar, así como saber dónde intervenir y **facilitar el cambio**.
 - 4.2.3. **Ejemplos sobre pensamientos, emociones y conductas “normales”** ante situaciones límite, estrés intenso y catástrofes. Señalando, además, aquellas posibles **reacciones “físicas”** asociadas.

- **Fatiga por compasión (FC):** concepto propuesto por Carla Joinson en 1992²², de especial relevancia en nuestro ámbito por sus implicaciones. Joinson señaló que la pérdida de habilidades de enfermería en el cuidado de los pacientes no se relacionaba totalmente con los estresores laborales, como en el *burnout*^{23,24}; a este embotamiento emocional lo denominó Fatiga por Compasión. Posteriormente Figley, en 2002, añadió que la FC era el resultado de cuidar a los que sufren durante un tiempo prolongado con altos niveles de energía y compasión sin resultados de mejora²⁵. La atención continuada de pacientes que padecen sufrimiento, trauma, dolor y muerte puede afectar en gran medida la salud del sanitario dando lugar a la FC, que se experimenta a menudo con pensamientos del tipo *“no puedo abandonarles... Soy tan importante y necesario para ellos que nadie podrá hacerlo mejor que yo...”*.
- 4.3. Buscando el equilibrio:** tras la toma de conciencia de *“¿Qué somos?”*, se hacía énfasis en la importancia de *“Actuar”* para mantener el mejor equilibrio posible entre *“Emociones, Pensamientos y Conductas”*; es decir, no podía dejar que pasase el tiempo sin más, requería que nos pusiéramos manos a la obra, modificando fundamentalmente nuestros pensamientos y conductas, dado que las emociones no tienen moralidad, ni son buenas ni malas, simplemente *“son”*.
- 4.4. Aceptación:** la aceptación nos lleva a la *“Solución”*. Es en este punto donde a los participantes se les explicaba que es fundamental saber que para avanzar y elaborar de la manera más sana posible, **la aceptación de lo que no es modificable es el camino**, tanto de lo que ha ocurrido, como de lo que ocurre y lo que puede ocurrir.
- 4.5. Tiempo de compartir:** llegados a este punto, a los participantes en el grupo de soporte, se les invitó a compartir su experiencia durante la atención en la pandemia del COVID-19:
 - En cada sesión se facilitó poner en palabras *“lo traumático”* experimentado, y se respetaron los silencios de aquellos que optaron por ello.
 - Se facilitó el reconocimiento propio de emociones, pensamientos, conductas y reacciones físicas experimentadas, así como la normalización y legitimación de las mismas.
 - Se les ofreció la oportunidad de aclarar todas las dudas planteadas.
 - En cada sesión, se sugirió que, más allá del sufrimiento inherente a las experiencias vividas, nos esforzásemos para valorar si a través de esta experiencia de sufrimiento habíamos vislumbrado algún tipo de *“Enseñanza”*. La gran mayoría pudo identificar aspectos positivos, y la posibilidad de aprender a manejar mejor las situaciones similares en el futuro.
- 4.6. Algunas recomendaciones antes de cerrar la sesión grupal:** de manera muy pragmática y recogidas también de otras propuestas realizadas por compañeros de otras comunidades, se les entregó además unas recomendaciones básicas de *“Actuación”*, como facilitadores de este equilibrio necesario entre emociones, pensamientos y conductas²⁶ (Tabla II).
- 4.7. Cierre de la sesión del grupo de soporte:** previo al cierre de la sesión del grupo, se les sugería a modo de *“mantra”* la siguiente frase: **“Pase lo que pase, todo pasa”**, para reflexionar posteriormente. De la misma manera que se inició la sesión grupal, durante los tres últimos minutos, se sugería centrar de nuevo la **atención en la respiración**.
- 4.8. Evaluación de la intervención:** al finalizar las sesiones grupales, se diseñó una encuesta *ad hoc* de realización voluntaria para que las personas que habían asistido a los grupos pudieran dar su opinión al respecto. Incluyendo una valoración de su estado de ánimo al comienzo de la pandemia y posterior a la intervención, la satisfacción con la intervención y otras cuestiones que se muestran a continuación. Durante las sesiones grupales se priorizó la asistencia e intervención a la recogida de datos, por este motivo, todos los datos son posteriores.

RESULTADOS

Del 23 de marzo al 30 de abril de 2020 se realizaron 67 intervenciones en 20 sesiones grupales y un total de 20 intervenciones individuales. La participación media fue de 4-5 personas, sin embargo, existió gran variabilidad entre grupos (mínimo 2 + 1 participantes, máximo 9 + 1). La asistencia fue multidisciplinar (profesionales de medicina, enfermería, auxiliares de enfermería, y administración).

Algunos datos sobre la asistencia a los grupos de soporte se resumen a continuación:

- El malestar emocional al inicio de la pandemia se puntuó con una EVA de 5/10 (pésimo-excelente).
- La duración de las sesiones se valoró *“adecuada”* por el 100 % de participantes.
- La temática de las sesiones se puntuó con una media de 8,4/10 (donde 10 era *“totalmente adecuada”*).
- Las orientaciones dadas por los/las facilitadores/as se puntuaron con media de 8,8/10; el grado de ayuda tras acudir a las sesiones fue puntuado con una EVA de 8/10 (donde 10 era *“ayuda total”*).
- El grado de satisfacción tras las sesiones fueron valoradas con una EVA de 9/10 (donde 10 era *“totalmente satisfecho”*).
- En la Tabla III se describen en tantos por ciento pensamientos, emociones y conductas emergentes más señalados.
- El 100 % pudo poner en práctica alguna de las recomendaciones dadas al final de las sesiones en el ámbito laboral, y el 89 % en el ámbito no laboral.
- El 100 % consideraron que las sesiones les ayudaron mucho, puntuando con una EVA de 8/10. Asimismo, mos-

Tabla II. Algunas sugerencias de actuación y recomendaciones para el autocuidado del profesional sanitario durante la pandemia de la COVID-19 (adaptado de Félix-Alcántara MP. I Jornadas Internacionales online AETSYS | Impacto psicológico COVID 19 en profesionales sanitarios)²⁶.

En el trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Cada hora, para 1 minuto para respirar profundamente • Cuida el lenguaje interno: sé comprensivo contigo, compasivo, e intenta juzgarte • Céntrate en el “aquí y ahora” - no te quedes con los pensamientos negativos, son como las nubes: vienen y se van • Sé operativo: confía en los responsables y cumple las indicaciones • Evita el lenguaje catastrofista, todo pasa • Sé agradecido con tus compañeros, también contigo
En los descansos	<ul style="list-style-type: none"> • Respeta el tiempo de desconexión temporal (comida, etc.) • Evita la sobreexposición de información (móvil, conversaciones) • Si puedes, sal físicamente del espacio de crisis, respiros • Comparte tus emociones con compañeros, familia, etc. • Respirar: 4 segundos inhalar, 4 segundos retener, 4 segundos exhalar
Fuera del trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Planifica rutinas • Realiza actividades distractoras placenteras • Cuida las necesidades básicas y esenciales • Atiende tu salud, autocuidado, comidas, descansos, etc. • Evita el consumo de tóxicos • Sé compasivo con las limitaciones ajenas y propias • Busca apoyo, comparte tus emociones • Evita la culpa: sé constructivo al revisar-te, y sé agradecido • Utiliza las estrategias de regulación emocional y relajación que conozcas • Haz consciente todo lo que ayudaste en la jornada laboral

Tabla III. Pensamientos, emociones y conductas emergentes más señalados por los profesionales sanitarios durante pandemia de la COVID-19.

Pensamientos		Emociones		Conductas	
Incredulidad e irrealidad	56 %	Miedo	89 %	Bloqueo	44 %
Fatiga por compasión	44 %	Preocupación	89 %	Aislamiento social	44 %
Dificultad asimilación	44 %	Ansiedad	67 %	Pobre autocuidado	44 %
Problemas de atención y o concentración	44 %	Impotencia	67 %	Hiperactividad	44 %
		Rabia	56 %	Evitación de situaciones, personas o conflictos	44 %
Bloqueo en toma de decisiones	22 %	Tristeza	56 %	Malas contestaciones	11 %
Incapacidad		Incertidumbre	44 %	Comportamientos compulsivos (ej. lavado de manos)	11 %
Incomprensión	22 %	Irritabilidad	22 %		
Pensamientos obsesivos	22 %	Angustia	22 %		
No poder llegar a todo	11 %	Desesperación	22 %		
		Frustración	22 %		
		Pánico	11 %		
		Culpa	11 %		

traron una satisfacción muy alta (9/10) tras la asistencia las mismas; y
 - El 100 % de asistentes consideraron que este tipo de sesiones grupales deberían realizarse de nuevo en situa-

ciones de crisis o pandémicas como la vivida, con una puntuación promedio de 9,66/10.
 - No hubo diferencias significativas en las respuestas a la encuesta entre categorías profesionales.

- Es importante destacar que esta propuesta tiene algunas limitaciones, ya previstas desde un inicio, pero que se asumieron al priorizar la disponibilidad de la PSO para la atención del profesional sanitario, a la recogida de datos que hubiese mostrado la validez o no de la misma. Otra de ellas es que el Plan propuesto de intervención es *ad hoc*, adaptado a las circunstancias locales y relacionadas con las características del centro hospitalario y perfil profesional (centro monográfico de cáncer). Por último y a posteriori, hemos detectado que aunque fue una propuesta abierta a todas aquellas personas que trabajan en el centro, aquellos que no asistieron en primera línea a pacientes COVID-19, utilizaron muy poco este recurso, debido a razones no exploradas.

PROPUESTAS DE FUTURO

Tras la experiencia adquirida durante la pandemia del COVID-19, se ha hecho todavía más evidente la necesidad de acceso a los espacios de cuidado y reflexión a profesionales sanitarios y no sanitarios, incluido el personal de empresas externas, puesto que todos ellos/ellas están sometidos a tensiones emocionales y demandas laborales extraordinarias de elevada intensidad.

Por este motivo, consideramos fundamental la implementación de estructuras de autocuidado intrínsecas a cada institución. En este sentido, consideramos necesario crear espacios de autocuidado (no necesariamente terapéuticos, pero sí con objetivos terapéuticos) permanentes, que garanticen la continuidad, para profesionales que trabajan en instituciones de asistencia sanitaria. En concreto, sería necesario implementar espacios de supervisión experta y espacios de reflexión conjunta.

Esta pandemia ha evidenciado las carencias del sistema público de salud, en concreto y centrándonos ahora en la atención psicológica especializada, siendo necesario aumentar los recursos destinados a ella. La salud mental de profesionales y población general no debe externalizarse, no debe depender de los recursos excepcionales movilizados durante la pandemia, debe llevarse a cabo directamente desde el Sistema Nacional de Salud, con un plan organizado y coordinado. Puesto que cuando la crisis sanitaria aguda finalice, aún quedará tiempo hasta asimilar lo que esta situación está generando, y es entonces cuando los recursos de salud mental se verán más necesitados.

CONCLUSIONES FINALES

- En situaciones de crisis como la vivida, todo esfuerzo por cuidar al que cuida, como aquellas personas del ámbito sanitario que están en primera fila, es un imperativo ético.
- La capacidad del ser humano para rearmarse ante situaciones límite y afrontar las adversidades es mayor de lo que solemos creer.
- En situaciones límite muchas veces se dan los ingredientes adecuados para que a través del sufrimiento, y no gracias a él, la persona experimente cierta trans-

formación en su persona que suele ser expresado como “crecimiento postraumático”²⁷.

- A pesar de que en sus fundamentos las sesiones de apoyo o soporte emocional no son una terapia grupal, este espacio grupal ofrecido a los sanitarios durante la pandemia impresiona terapéutico.
- La estructura expuesta es la visión global, que necesariamente se modificaba y adaptaba a las sesiones grupales realizadas y al psicólogo/a que dinamizaba los grupos, flexibilizando la atención según avanzaba la pandemia y las necesidades cambiantes de los/las participantes (sanitarios y no sanitarios).
- Consideramos que “Pase lo que pase, todo pasa”. Una de las claves en situaciones límite como la comentada es centrar nuestra atención en el presente, procurando un autocuidado constante de nuestro cuerpo, mente y aquello que nos trasciende, nuestra dimensión espiritual. Estamos de paso.
- Amar y ser amado. Probablemente, lo que realmente está haciendo posible que toda esta situación (contextualizada en la pandemia del coronavirus) sea soportable y finalmente superada es la fuerza del Amor. De acuerdo con Iona Heath “Love in the time of coronavirus”²⁸, citando a Philip Larkin “lo único que sobrevivirá de nosotros es el amor”²⁹. Haciéndose eco de las palabras de Franklin D. Roosevelt “la valentía no es la ausencia de miedo, sino más bien el convencimiento de que hay algo más importante que el miedo”, y este algo es el Amor (apunta Iona)²⁸.

AGRADECIMIENTOS

Deseamos manifestar nuestro más sincero agradecimiento a todos/as los/las pacientes atendidos, a familiares y cuidadores/as durante la pandemia de la COVID-19.

Agradecemos también al resto de compañeros/as de la PSO, Trabajo Social Sanitario y Programa de Atención al Duelo por la coordinación y complicidad durante la pandemia. También a nuestra compañera la Dra. Lourdes Pétriz, que nos ha facilitado los datos numéricos mostrados en este documento.

Una mención especial y agradecimiento a todos los compañeros que han dado soporte psicosocial específico y abnegado en el resto del territorio nacional.

Unas últimas palabras de recuerdo y presencia para todos aquellos que durante esta pandemia no pudieron superar el virus. Este documento está dedicado *in memoriam* de nuestro compañero y amigo José Espinosa.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

FINANCIACIÓN

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395:912-20.
2. Protección de la salud mental y atención psicosocial en situaciones de epidemias. Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) [Internet]. Paho.org. 2016 [consultada el 1 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=informes-tecnicos&alias=2539-proteccion-salud-mental-atencion-psicosocial-situaciones-epidemias-2016-539&Itemid=1179&lang=en
3. Inchausti F, García-Poveda NV, Prado-Abril J, Sánchez-Reales S. La Psicología Clínica ante la pandemia COVID-19 en España. *Clínica y Salud* [Internet]. 2020;(Marzo):3.
4. Institut Català de les Dones (ICD). Les trucades per violència masclista augmenten un 88% els últims 15 dies [Internet]. CCMA 3/24. 2020 [consultada el 1 de Junio de 2020]. Disponible en: <https://www.ccma.cat/324/les-trucades-per-violencia-masclista-augmenten-un-88-els-ultims-15-dies/noticia/3012666/>
5. Asmundson GJG, Taylor S. How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *J Anxiety Disord*. 2020;71:102211.
6. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:1729.
7. Center for the Study of Traumatic Stress. Psychological Effects of Quarantine During the Coronavirus Outbreak: What Public Health Leaders Need to Know [Internet]. 2020 [consultada el 1 de junio de 2020]. p. 1-2. Disponible en: https://www.cstsonline.org/assets/media/documents/CSTS_FS_Psychological_Effects_Quarantine_During_Coronavirus_Outbreak_Leaders.pdf
8. Taylor S. *The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing; 2019. p. 368.
9. Loveday H. Fear, explanation and action - the psychosocial response to emerging infections. *J Infect Prev*. 2020;21:44-6.
10. Universitat Oberta de Catalunya (UOC). La salud mental del 46 % de los españoles está en riesgo por la crisis del coronavirus [Internet]. Research.uoc.edu. 2020 [consultada el 12 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://research.uoc.edu/portal/es/news/actualitat/2020/229-covid-salud-mental-economia.html>
11. Consejo General de la Psicología de España. Diez millones de españoles en riesgo de presentar problemas psicológicos derivados de la pandemia de COVID-19 [Internet]. Infocop.es. 2020 [consultada el 1 de junio de 2020]. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=8747
12. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020 [consultada el 1 de junio de 2020]. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30171-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30171-1/fulltext).
13. Center for the Study of Traumatic Stress. Sustaining the Well-Being of Healthcare Personnel during Coronavirus and other Infectious Disease Outbreaks [Internet]. 2020 [consultada el 1 de junio de 2020]. p. 1. Disponible en: https://www.cstsonline.org/assets/media/documents/CSTS_FS_Sustaining_Well_Being_Healthcare_Personnel_during.pdf
14. National Center for Posttraumatic Stress Disorders (PTSD). Managing Healthcare Workers' Stress Associated with the COVID-19 Virus Outbreak [Internet]. 2020 [consultada el 3 de junio de 2020]. p. 1. Disponible en: <https://www.ptsd.va.gov/covid/COVID19ManagingStressHCW032020.pdf>.
15. Inchausti F, MacBeth A, Hasson-Ohayon I, Dimaggio G. Psychological Intervention and COVID-19: What We Know So Far and What We Can Do. *J Contemp Psychother* [Internet]. 2020:1-21.
16. Lee SM, Kang WS, Cho AR, Kim T, Park JK. Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2018;87:123-7.
17. Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ*. 2020;368:1-4.
18. Luceño Moreno L, Martín García J. 'Sanicovid-19: Impacto Emocional Frente Al Trabajo por la Pandemia del Covid-19- En Personal Sanitario'. Laboratorio de Psicología del Trabajo y Estudios de la Seguridad UCM. [Internet]. 2020 [consultada el 3 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.ucm.es/estudio-laboratorio-psicologia-trabajo>.
19. Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus [Internet]. Assets.comitedebioetica.es. 2020 [consultada el 2 de junio de 2020]. Disponible en: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf>.
20. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. 2020;7:300-2.
21. Pildoras formativas sobre COVID-19 en el entorno de Cuidados Paliativos [Internet]. Madrid: Podcast Paliativos; 2020 [consultada el 05 de junio de 2020]. Disponible en: www.podcastspaliativos.com.
22. Joinson C. Coping with compassion fatigue. *Nursing (Lond)*. 1992;22:116-21.
23. Freudenberger HJ. Staff burnout. *J Soc Issues*. 1974;30:159-65.
24. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*. 1981;2:99-113.
25. Figley CR. *Treating Compassion Fatigue*. New York: Brunner-Routledge; 2002.
26. Felix-Alcantara MP, Villacañas Blázquez M, Buiza Aguado C. [Internet]. 30 de Mayo de 2020. I Jornadas Internacionales online AETSYS | Impacto psicológico COVID 19 en profesionales sanitarios. [consultada el 03 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=vJPv4ZsW-cg>
27. Joseph S, Linley PA. Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2006;26:1041-53.
28. Heath I. Love in the time of coronavirus. *BMJ*. 2020;369:m1801.
29. Larkin P. *An Arundel Tomb*. In: *Collected Poems*. Marvell Press and Faber and Faber; 1988.