



Servicio de Atención Psicológica en el Hospital Marina Baixa (SAPMB) durante la Pandemia COVID-19

José Vicente Andreu Ruiz, Álvaro Beltrán Navarro

Facultativo Especialista en Psicología Clínica. Hospital Marina Baixa

Estela M^a Pardos Gascón, Paloma Almagro García

Residente PIR 4. Hospital Marina Baixa

Lorena Cerezo Guaita, Diana Muñoz Muñoz

Residente PIR 3. Hospital Marina Baixa

Nicolás Soler Fernández, Nicolás Gómez Calmaestra

Residente PIR 2. Hospital Marina Baixa

Beatriz Antón Rupérez, M^a Victoria Rodríguez Vacas

Residente PIR 1. Hospital Marina Baixa

Resumen

El presente trabajo pretende mostrar la puesta en marcha del Servicio de Atención Psicológica en el Hospital Marina Baixa durante la pandemia COVID-19 (Villajoyosa, Alicante), así como detallar la intervención realizada con diferentes tipos de afectados. El servicio se crea fundamentado en el papel clave de la prevención primaria, resaltando el cuidado emocional de las personas y ofreciendo intervención en crisis. Se propusieron objetivos como prestar apoyo psicológico al personal interviniente en primera línea, a personas ingresadas afectadas por el virus y a sus familiares. Con el personal sanitario se llevaron a cabo intervenciones grupales de regulación emocional basadas en Mindfulness e intervenciones telefónicas/presenciales con aquellos que lo requirieron. Respecto a los pacientes, la intervención consistió en asistencia psicológica de manera presencial y telefónica a pacientes positivos ingresados y los familiares de éstos. Se registraron el número de usuarios atendidos en las diferentes formas de intervención, que se tuvo que ir adaptando a las necesidades detectadas en la población atendida y a la evolución de la pandemia. Los resultados muestran como, mediante la creación de este servicio, se cumplieron los objetivos marcados.

PALABRAS CLAVE: COVID19, atención psicológica, Mindfulness, intervención en crisis, pandemia.

Abstract

This paper develops the start-up of the Psychological Care Service at the Marina Baixa Hospital during the COVID-19 pandemic (Villajoyosa, Alicante, Spain), as well as detailing intervention carried out with different types of affected people. The implementation of the service is based on the key role of primary prevention, highlighting the emotional care of people, and offering intervention in crisis. Objectives were proposed such as providing psychological support to first-line personnel, as well as hospitalized persons affected by the virus and their families. Emotional regulation interventions based on Mindfulness and telephone or face to face intervention were carried out with healthcare personnel, as well as telephone and face to face intervention, in some cases that required it, of patient admitted to both ward and intensive care unit. Number of users served in different intervention formats was recorded, which had to be adapted to needs detected in population served and to pandemic evolution. Results show that by creating this service objectives set were met.

KEYWORDS: COVID19, Mindfulness, psychological attention, crisis attention, pandemic.

“Cuando no somos capaces ya de cambiar una situación, nos enfrentamos al reto de cambiar nosotros mismos”.

Víctor Frankl

I. Introducción

Fundamentación del Servicio de Atención Psicológica Marina Baixa (SAPMB)

Desde que el 13 de marzo de 2020 se proclamara el Estado de Alarma en España ante la crisis sanitaria derivada de la COVID-19, se consideró necesario desde el área de Salud Mental de la Marina Baixa, poner en marcha un Servicio de Atención Psicológica (SAPMB) dirigido al personal sanitario, pacientes ingresados y a sus familiares. Este servicio empezó su andadura el miércoles 18 de marzo.

En la gestión e implementación del servicio cabe destacar la importancia que han tenido los profesionales de salud mental, en particular los psicólogos especialistas en psicología clínica en formación, por su implicación en las distintas etapas del proyecto durante la pandemia, así como dos Facultativos Especialistas en Psicología Clínica que se ofrecieron para estas funciones. Esta participación se sustentó en la Orden SND/232/2020, del 15 de marzo, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos y medios para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19, y concretamente en las medidas relativas a los profesionales sanitarios en formación, se estableció lo siguiente: “quedan suspendidas las rotaciones en curso o programadas de los residentes, para que estos puedan

prestar servicios en aquellas unidades en las que se precise un refuerzo del personal derivado de las necesidades asistenciales”.

Según una serie de estudios realizados en China, el impacto psicológico de la COVID-19 sobre la población implica que un porcentaje significativo de personas experimentan reacciones intensas, principalmente en forma de miedo al contagio (Zhou, 2020), por la prolongación de la cuarentena (Brooks et al., 2020; Xiao, 2020) y/o por la pérdida de seres queridos (Wang et al., 2020). Un estudio realizado en China (Wang et al., 2020), con una encuesta sobre 1.210 personas, indicó que el 53,8% valoró el impacto psicológico de la situación como moderado-grave, el 16,5% refirió síntomas depresivos entre moderados o graves, el 28,8% síntomas de ansiedad entre moderados o graves y el 8,1% niveles de estrés entre moderados o graves. Para la mayoría de los encuestados la principal preocupación (75,2%) fue que sus familiares se contagiaran. Estos hallazgos identifican, por tanto, la necesidad de formular intervenciones psicológicas para mejorar la salud mental de grupos vulnerables durante la epidemia.

Además, las situaciones previas con otros coronavirus indican que el personal sanitario de primera línea es un subgrupo de especial riesgo, sobre todo cuando finaliza la fase de contención de la pandemia (Gardner y Moallem, 2015; Lee et al., 2018).

Todo lo anterior indicaba que, para los profesionales sanitarios, la sobrecarga asistencial en las UCI y en los servicios de urgencias hospitalarias, junto con la exposición a situaciones de riesgo para su salud y el trabajo en condiciones críticas, iban a suponer unos niveles de estrés y ansiedad que podrían tener un grave impacto en su bienestar físico y mental a corto y largo plazo.

Asimismo, el posible agotamiento y los elevados niveles de ansiedad podían disminuir su capacidad para tomar decisiones clínicas y para asegurar su protección y autocuidado. De hecho, este servicio ha pretendido atender a las reacciones emocionales de los profesionales sanitarios más expuestos y que hayan podido obstaculizar su trabajo con las personas infectadas, incluyendo, por ejemplo, el manejo de la ansiedad, el miedo al contagio, los episodios de estrés agudo o el fomento del autocuidado. Tal y como plantea Chen et al. (2020), el objetivo principal ante una situación de estas características es disponer del mayor número de profesionales y en las mejores condiciones posibles para hacer frente a la pandemia.

Por otro lado, la experiencia de ingreso hospitalario y/o en una UCI para las personas afectadas de COVID-19, iba a suponer una situación con alto grado de estrés, unida al cansancio físico asociado al cuadro clínico, la situación de aislamiento y la restricción de contactos con familiares, pudiendo afectar notablemente al estado de ánimo y a la evolución de la enfermedad.

Finalmente, los familiares de personas ingresadas por el virus en estado grave, con mal pronóstico o que ya han fallecido tendrían que manejar altos niveles de incertidumbre y sentimientos de culpa al no poder acompañar a sus seres queridos y, en los casos de fallecimiento de éstos, hacer frente a procesos de duelo complicados. En este tipo de intervenciones es fundamental no patologizar las reacciones emocionales normales de los familiares estableciéndose unos criterios claros y consensuados con todos los profesionales implicados para determinar si intervenir es más beneficioso que no hacerlo (vonBlanckenburg y Leppin, 2018).

La crisis sanitaria y asistencial generada iba a

suponer, por tanto, un grave problema de salud pública y una gran alteración para la vida de las personas, particularmente las más vulnerables, siendo esto lo que nos llevó a plantear la necesidad de establecer este Servicio de Atención Psicológica en el Hospital Marina Baixa (SAPMB).

Así pues, los criterios que fundamentan al SAPMB son los siguientes:

- El cuidado de los profesionales de la salud, poniendo en valor el cuidado emocional de las personas en esta situación de crisis sociosanitaria.
- La intervención comunitaria basada en la prevención primaria, ya que se pretende disminuir la proporción de nuevos casos de trastorno mental durante cierto tiempo, contrarrestando las circunstancias difíciles creadas por la situación de confinamiento con apoyo psicológico previo que reduzca la aparición de sintomatología ansiosa o depresiva. No se trata de evitar que enferme un individuo en especial, sino de reducir el riesgo de toda la población, de manera que, aunque algunos puedan enfermarse, su número sea reducido (Caplan, 1964).
- La intervención en crisis, influyendo en los momentos que exigen cambios más o menos bruscos en el modo de organizar el comportamiento (Liria y Vega, 2002). Esta propuesta presenta un doble carácter: la crisis amenaza la salud mental del paciente (a veces gravemente) pero a la vez marca la oportunidad de que los cambios requeridos con ella permitan un funcionamiento mejor que el que la antecedió.

Por tanto, la intervención se caracteriza por ser en crisis, preventiva y comunitaria, con el fin último de minimizar en lo posible el impacto psicológico de la pandemia en las personas que así

lo requieran.

Por otro lado, el artículo 43 de la Constitución Española y el Real Decreto 1030/2006, del 15 de septiembre, amparan el derecho de cualquier ciudadano que lo necesite a recibir tratamiento psicológico especializado en la sanidad pública. Tal y como apuntan Duan y Zhu (2020), una intervención psicológica especializada ante la COVID-19 debe ser lo suficientemente dinámica y flexible como para adaptarse rápidamente a las diferentes etapas de la pandemia. Por ello, es el personal de la sanidad pública especializado en Psicología Clínica y los residentes adscritos a esta formación quienes deben colaborar activamente en el planteamiento de los programas, en su adaptación progresiva a las necesidades de la población y en el tratamiento de las reacciones psicológicas adversas fruto del enfrentamiento de la pandemia.

Somos conscientes, y de esta forma se ha planteado el SAPMB, de que cualquier intervención psicológica se ha de planificar y coordinar con todos los actores sociosanitarios implicados y, especialmente, con las unidades especializadas de salud mental que son las que garantizarán una adecuada continuidad asistencial cuando la fase actual de emergencia sanitaria cese, así como la coordinación posterior con los profesionales de atención primaria. Existe el riesgo de una sobreoferta de asistencia psicológica por parte de organizaciones no gubernamentales y del tercer sector que, aun con las mejores intenciones, no permiten la organización y planificación con los diferentes actores involucrados desde dentro de la sanidad pública, por eso fundamentamos y defendemos esta intervención con profesionales especializados de la psicología clínica dentro de la sanidad pública. De hecho, tal y como plantean Loewenstein (2018) y Ogden (2019); citados en Inchausti, García-Poveda, Prado-Abril y Sánchez-Reales, 2020, p. 2:

Aunque la prevención en salud mental es muy deseable y una asignatura pendiente en nuestro país, toda intervención preventiva debe aplicarse por profesionales bien cualificados. De otra manera, esto es, hacerlo sin coordinación y con los profesionales inadecuados, podría tener efectos iatrogénicos ya conocidos en otras experiencias; es decir, hacer más daño que beneficio.

Los **objetivos generales** del SAPMB fueron:

- Proporcionar apoyo psicológico al personal sanitario que se encontraba en primera línea de intervención contra la pandemia.
- Ofrecer intervención psicológica a los pacientes hospitalizados y que se encontraban en aislamiento por covid positivo.
- Dar apoyo psicológico a los familiares de pacientes hospitalizados tanto en las plantas como en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Los **objetivos específicos** del servicio de apoyo psicológico al personal sanitario fueron los siguientes:

- Favorecer el contacto frecuente y fluido con los diferentes servicios del hospital, para adaptar la intervención a la evolución de las necesidades presentadas.
- Mostrar disponibilidad para intervenir en crisis cuando se precisase in situ.
- Proporcionar espacios donde promover el autocuidado durante la fase aguda de la pandemia.
- Realizar seguimiento individualizado para quien lo requiriera.
- Prevenir la aparición de sintomatología relacionada con procesos patológicos de estrés agudo
- Derivar a los servicios de atención espe-

cializada en caso de producirse un agravamiento de la patología.

Los objetivos específicos del servicio de intervención psicológica a pacientes hospitalizados y en seguimiento fueron los siguientes:

- Favorecer la comunicación con el personal de cada planta/unidad para la detección y derivación de pacientes que precisaran intervención psicológica.
- Proporcionar seguimiento individualizado a los pacientes que lo precisaran durante su estancia en el hospital.
- Mantener el seguimiento individualizado de los pacientes tras el alta y durante su aislamiento domiciliario, si fuese preciso.
- Prevenir la aparición de patología clínica relacionada con el estrés agudo.
- Derivar a los servicios de salud mental especializados en aquellos casos en los que empeorara la sintomatología.

Los objetivos específicos del servicio de intervención psicológica a los familiares de pacientes hospitalizados fueron los siguientes:

- Establecer y mantener contacto regular y frecuente para conocer el estado médico del paciente ingresado.
- Proporcionar seguimiento individualizado de los familiares durante la hospitalización del paciente y tras su alta en aquellos casos que se precisara.
- Proporcionar contención emocional a los familiares que acaban de perder a un ser querido en una situación de aislamiento social, dadas las medidas restrictivas derivadas de la pandemia.
- Prevenir la aparición de la sintomatología asociada a los duelos complicados.

II.Método

Materiales

Como recursos materiales se precisaron dos teléfonos y dos equipos informáticos con acceso a internet y a las historias clínicas informatizadas, y como material de protección se usó gel hidroalcohólico, mascarillas y guantes.

Se realizaron infografías que contenían lo siguiente:

- Información sobre población a la que va dirigida el servicio, ubicación física de los despachos y número de teléfono de contacto.
- Pautas para cuidar la salud emocional del personal sanitario.
- Información para contactar con el equipo de psicología para familiares.
- Información para contactar con el equipo de psicología para personal sanitario.

Se realizó un formato de primera entrevista telefónica en la que se recogían aspectos sociodemográficos, psicológicos y de la propia enfermedad. Se exploraban aspectos importantes como: núcleo de convivencia, lugar de procedencia y genograma, fecha de ingreso hospitalario, síntomas de la enfermedad y evolución clínica percibida, estado anímico (incluyendo expectativas, miedos y preocupaciones), ansiedad ante el diagnóstico y derivada de la situación de ingreso y aislamiento, antecedentes en salud mental, mantenimiento de las relaciones sociofamiliares, etc.

Procedimiento

Para dar a conocer el servicio de atención psicológica, desde el equipo de psicólogos acudimos personalmente a cada una de las unidades hospitala-

rias para acordar con la supervisora de enfermería el modo de proceder. Se les ofreció la posibilidad de realizar grupos de Regulación Emocional basada en Mindfulness (REM) de breve duración, así como atención individual a todo el personal sanitario que lo solicitara. Respecto a la intervención psicológica con pacientes de COVID-19, se les ofreció la posibilidad de mantener seguimiento telefónico a demanda del paciente, en función de su necesidad durante su estancia en el hospital, así como un seguimiento posterior en su domicilio si lo precisaban.

Como apoyo psicológico complementario para los pacientes ingresados también se ofreció un servicio de entrega de cartas anónimas recibidas a través de un correo electrónico corporativo.

Actividades realizadas

Pueden dividirse en dos tipos según su metodología: presencial y telefónica. La intervención presencial se ha realizado de manera individual con el personal sanitario que así lo ha requerido, y de manera grupal a través de intervenciones en REM en cada una de las unidades hospitalarias. Por otro lado, el seguimiento telefónico consistió en asistencia psicológica a pacientes positivos ingresados en el hospital, los familiares de éstos y el personal sanitario en situación de aislamiento en su domicilio.

A continuación, se describen los diferentes tipos de actividades realizadas:

a) Atención individual al personal sanitario.

En función de la necesidad del personal sanitario, éstos eran atendidos presencialmente en la consulta externa de Psicología. En ocasiones se realizaba intervención en crisis a demandas individuales en espacios comunes del hospital. Principalmente se abordó la gestión de la preocupación ante la posibilidad de contagio en el puesto de trabajo y de la posibilidad de contagiar a sus seres

queridos.

b) Atención al personal sanitario en grupo (regulación emocional basada en Mindfulness).

Se propuso la realización de una intervención grupal en REM para el personal sanitario. El objetivo era ofrecer estrategias y técnicas para ayudar a la regulación emocional y reducir el estrés. Se trabajaron movimientos corporales conscientes, atención focalizada en la respiración y anclaje al momento presente, para reducir la activación emocional y crear un clima de seguridad, confianza y bienestar.

Los grupos se han realizado en las plantas de ginecología, traumatología, quirúrgica, UCI, urgencias, las dos plantas de medicina interna y con el personal de limpieza del hospital. El contacto con esas unidades fue a través de sus jefes de servicio/supervisores. Presentamos en cada planta los objetivos y la metodología del programa, y acordamos el horario que mejor se ajustaba a sus necesidades.

Los grupos se realizaban en las salas de descanso de cada unidad, los despachos médicos o las salas de espera de los pacientes. Debían ser espacios amplios para poder realizar los movimientos corporales conscientes, así como para mantener la distancia de seguridad entre los participantes. Se llevaban a cabo de lunes a viernes en horario de mañana y tarde, con una duración de diez minutos aproximadamente. Al finalizar el grupo recibíamos un pequeño feedback acerca de sus sensaciones y experiencias durante la realización de este.

c) Atención psicológica de manera telefónica.

Nuestra intervención se basaba principalmente en la siguiente premisa: “la normalidad en la excepcionalidad”. El objetivo era la identificación de pensamientos generadores de malestar para compartirlos a través de la escucha como herramienta terapéutica, la validación de cualquier tipo de emoción y sentimiento. Promovíamos con sensibilidad una actitud de aceptación de la situación, animando a estar presente y a tolerar todo tipo de sensaciones sin luchar contra ellas.

c.1. Atención telefónica a pacientes ingresados por COVID-19

A diario preguntaba en cada unidad si había algún paciente hospitalizado que pudiera beneficiarse de atención psicológica. Los únicos requisitos fueron que el paciente tuviese un teléfono móvil en su habitación y mantuviese conservada la capacidad para comunicarse, quedando excluidos aquellos con dificultades idiomáticas, con niveles de conciencia alterados e intubados.

Una vez contactábamos con el paciente, explicábamos el motivo de nuestra llamada y preguntábamos si estaban interesados en recibir asistencia psicológica. En el caso de respuesta negativa, facilitábamos el teléfono de la Unidad y quedábamos a su disposición. Sin embargo, en la mayoría de los casos, la respuesta fue afirmativa. Para facilitar la comunicación, realizamos un formato de primera entrevista, ya citada con anterioridad.

Todas las llamadas telefónicas eran planificadas con fecha y hora, realizadas por el mismo terapeuta, puesto que cualquier sensación de control y rutina ofrece consistencia y alivia la ansiedad.

c.2. Seguimiento domiciliario telefónico a pacientes altados por COVID-19

Una vez que el paciente hospitalizado recibía el alta médica, se le ofrecía la posibilidad de tener seguimiento telefónico desde su propio domicilio si lo precisaba. Durante la primera semana se realizaban varias llamadas para comprobar su evolución. Posteriormente, cuando se consideraba oportuno se acordaba con el paciente la finalización de la intervención.

En estos casos, explorábamos sus rutinas diarias fomentando su mantenimiento, la continuación de horarios de sueño y comidas que tenían anteriormente y la realización de actividades agradables. También nos centrábamos en estrategias de afrontamiento personales, analizando cómo se había enfrentado en el pasado a situaciones generadoras de estrés y su implementación en la actualidad. La atención se focalizaba en las posibles oportunidades o aprendizajes que durante este tiempo no deseado de enfermedad se hubiesen producido.

c.3. Atención telefónica a familiares de pacientes ingresados

Contactábamos con ellos por indicación propia del paciente hospitalizado o por indicación del profesional sanitario que le atendía.

La intervención se centraba en la gestión del miedo y la ansiedad tras el ingreso, la incertidumbre por el estado de salud de su familiar y el impacto psicológico del aislamiento. El seguimiento de éstos también se realizaba en la mayoría de los casos hasta que el paciente ingresado volvía a casa. En las ocasiones en que el paciente fallecía, la intervención se alargaba para centrarnos en las reacciones de estrés agudo que pudieran aparecer y en encontrar una forma personalizada de mitigar los efectos que producía la ausencia de un ritual de despedida.

Fueron atendidos igualmente familiares de pacientes que, excepcionalmente y por motivos de cuidado, se encontraban como acompañantes del paciente ingresado por COVID-19 dentro de la misma habitación. Tales excepciones son los casos de la hermana de un paciente con Trastorno del Espectro Autista o la madre de un paciente Síndrome de Down.

c.4. Atención telefónica al personal sanitario contagiado en aislamiento domiciliario

Los objetivos principales de esta intervención fueron la contención emocional, el manejo de los sentimientos de culpabilidad al no poder seguir trabajando y el mantenimiento de rutinas y horarios.

d) Intervención grupal post-crisis con el personal de UCI

Tras el impacto psicológico ocasionado por las tensiones emocionales y las demandas laborales extraordinarias, el coordinador de UCI nos propuso realizar grupos de apoyo mutuo con el personal de su unidad. Se realizó un grupo con el personal médico y otro grupo con el de enfermería, ambos con una duración de 45 minutos.

Según diversos estudios realizados en Hunan y Wuhan (China), cabe esperar que en el 10-15% de las plantillas de los servicios críticos se produzcan un elevado volumen de reacciones y síntomas afectivos y de ansiedad, incluyendo estrés postraumático en los tres meses posteriores a la superación de la crisis sanitaria (Mira et al., 2020).

Nuestro objetivo fue la intervención sobre el alto nivel de tensión y carga emocional acumulada, la exploración y potenciación de las estrategias de afrontamiento, la validación emocional, el apo-

yo grupal y las estrategias de autocuidado.

e) Servicio de entrega de cartas anónimas de apoyo para los pacientes ingresados por COVID-19

A través de las redes sociales del Hospital Marina Baixa, se dio a conocer un correo corporativo donde se podía hacer llegar cartas y dibujos de apoyo a los pacientes ingresados. Diariamente se revisaba este correo y se imprimían las nuevas cartas recibidas. Éstas eran repartidas por las diferentes unidades donde había pacientes ingresados por COVID-19.

III. Results

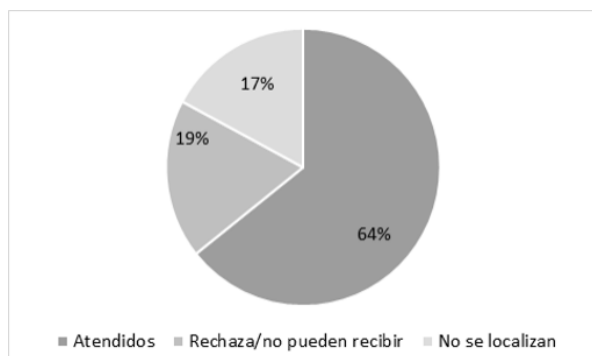
Toda la actividad descrita se llevó a cabo registrando la frecuencia diaria de usuarios (profesionales, pacientes y familiares). En general, 95 personas (pacientes, sanitarios y profesionales) consultaron individualmente o fueron derivados al servicio de psicología y, tras 34 días de actividad grupal, se registraron 1.015 participantes en los grupos de REM. A continuación, se exponen los datos obtenidos en cada área.

Datos por líneas de actuación

Pacientes COVID-19

Desde el 13 de marzo al 31 de mayo se derivaron 70 pacientes la Unidad de Atención Psicológica para COVID-19, de los cuales 45 aceptaron la ayuda psicológica, 13 la rechazaron o no la pudieron recibir y 12 no fueron localizados telefónicamente (ver Figura 1). Cuando no la podían recibir se trató de casos de demencia tipo Alzheimer.

Figura 1. Pacientes atendidos, pacientes que rechazaron o no pudieron recibir atención psicológica y pacientes no localizados.



El servicio que más casos derivó fue traumatología (24), seguido de cardiología (18), neumología (15) y especialidades quirúrgicas (9). No realizaron derivaciones desde medicina interna, pediatría ni ginecología. Por su parte, UCI derivó 3 pacientes y la unidad de convalecencia 1.

De los 45 pacientes atendidos, 3 requirieron una consulta presencial en el hospital y el resto fue atendido telefónicamente, tanto en el ingreso como en la convalecencia en aislamiento en casa. La atención psicológica durante el ingreso requirió un promedio de 4 sesiones, siendo el mínimo 1 sesión y el máximo 11. De los pacientes atendidos durante el ingreso, 19 pacientes (27,14%) requirieron un seguimiento más prolongado tras el alta hospitalaria. En los casos más graves, habitualmente se realizaba un promedio de 7 sesiones, pero se llegó a realizar hasta 16 sesiones en algunos casos y 3 pacientes continúan en seguimiento.

Familiares

Se recibió la consulta de 15 familiares de personas afectadas por COVID-19. Dos de ellas rechazaron la ayuda psicológica y 13 la aceptaron. Actualmen-

te, 6 familiares continúan con atención psicológica y 7 han sido dados de alta tras un promedio de 6 sesiones (mínimo 2 y máximo 7). Los familiares que siguen en consulta han llevado como máximo 16 sesiones en la actualidad.

Profesionales

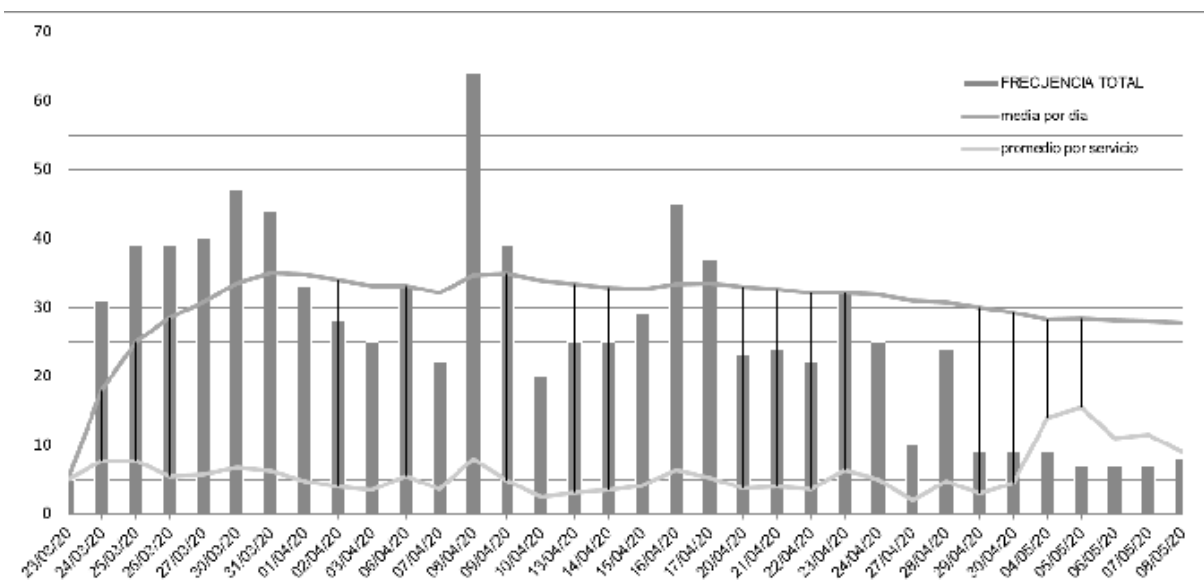
Se ofreció la intervención grupal de REM en los servicios de ginecología, pediatría, unidad de convalecencia de COVID-19, traumatología, medicina quirúrgica (2 salas de hospitalización), medicina interna (incluye 2 salas: cardiología y neumología), UCI, UCSI y urgencias. Los profesionales consideraron que no necesitaban este servicio en pediatría, unidad de convalecencia, una de las salas de quirúrgica y en UCSI; mientras que el personal de limpieza, un servicio que inicialmente no se había contemplado, pidió esta intervención.

Por tanto, se ha intervenido sobre 9 servicios: limpieza, UCI, ginecología, especialidades quirúrgicas, traumatología, medicina interna (neumología y cardiología) y urgencias. Los datos que se presentan a continuación están divididos entre las intervenciones grupales en REM y las intervenciones post-crisis en UCI.

Intervenciones grupales de regulación emocional basada en Mindfulness

Para conocer el promedio de participantes diario, se realizó una frecuencia acumulada con los participantes diarios y se dividió entre los días de intervención. De esta manera se observó que, independientemente de los picos y bajadas puntuales de pacientes, se llegó a atender a un promedio de 33 profesionales al día (ver Figura 2).

Figura 2. Número de asistentes a los grupos de REM para profesionales sanitarios



Análisis por servicios

Específicamente por servicios se ha analizado:

- Número de días que se ha mantenido el apoyo (días laborables).
- Número de días que se ha realizado el grupo en la unidad.
- Adherencia al grupo: se analizó poniendo en relación los días en los que el equipo se trasladaba al servicio y los días que se realizaba el grupo. En ocasiones el grupo no se realizaba bien por falta de tiempo bien por baja adherencia al grupo. Se dividió el número de días que se había intervenido entre el número de días que se había acudido para realizar la intervención, considerándose que: si este cociente era 1 es porque todos los días acudidos se realizaba grupo, por tanto, la adherencia era alta; entre 1,1 y 1,9 implicaba que el grupo se realizaba casi todos los días, y si era 2 o superior entonces la adherencia era baja, ya que significaba que se había formado grupo la mitad de las ocasiones en las que se acudía al servicio o menos.

- Promedio de participantes del grupo en cada planta.

Es necesario mencionar que personal de limpieza al tener dos turnos se consideró por separado ya que los días de intervención por la mañana fueron superiores a los días de intervención por la tarde y esto podría producir distorsiones en los datos si se analizan conjuntamente.

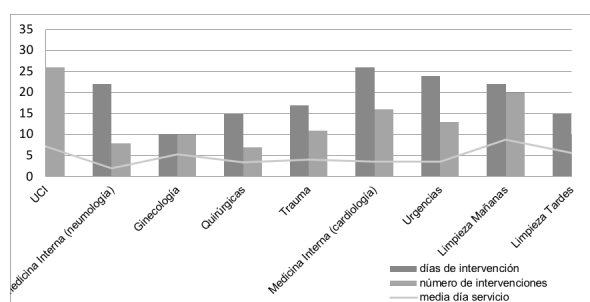
Así, el servicio en el que más días se mantuvo el apoyo fue en UCI, con 33 días, además este grupo posteriormente se mantuvo con la intervención post-crisis; mientras que el servicio en el que se intervino menos fue ginecología con 10 días. En general, el promedio de días en que un servicio demandaba las intervenciones fue de 20 días.

Complementariamente se analizó la implementación real del grupo cuando se asistía a las plantas, siendo UCI nuevamente el servicio en el que más intervenciones se han realizado (26 sesiones) y neumología el que menos (8 sesiones). Al analizar la adherencia, se observa que fue buena en promedio ($M=1,6$), realizándose el grupo la

mayoría de los días que se acudió al servicio. El grupo con mayor adherencia fue ginecología donde se realizó todos los días, si bien este dato debe reconsiderarse ya que en este servicio sólo se asistió 10 días y mantener la adherencia es relativamente fácil en tan poco tiempo. Entre los servicios en los que se fue más de 10 días, limpieza por las mañanas (1,1) y UCI (1,26) son los servicios de mayor adherencia y neumología el servicio con menor adherencia (2,75), llevándose a cabo cada 2 o 3 días.

En cuanto a los participantes por grupo, el promedio de participación fue de 6 participantes por grupo, siendo el máximo 15 personas y un mínimo de 2. El servicio que más participantes tuvo en promedio fue limpieza con 8 personas, seguido de UCI con 7,14; y el que menos, neumología con un promedio de 2 participantes. Cabe destacar que UCI es el servicio hospitalario con mayor demanda, con más sesiones grupales realizadas, con más participantes por grupo (Figura 3) y con mayor adherencia (Figura 4).

Figura 3. Días de intervención, número de sesiones realizadas y media de participantes del servicio.

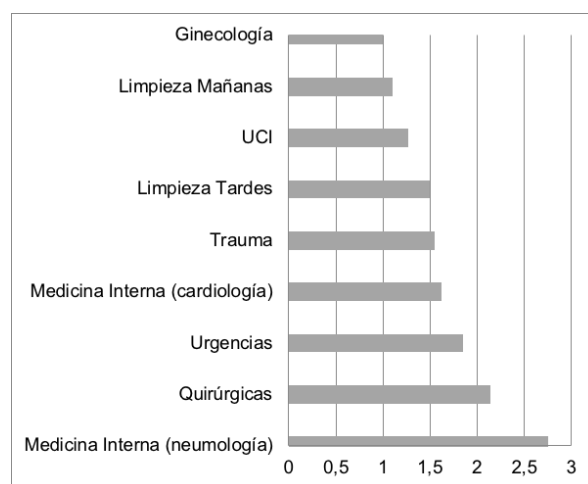


Intervenciones grupales post-crisis con personal sanitario de UCI

Durante la última fase del servicio se llevaron a cabo las intervenciones grupales post-crisis con el personal de UCI, en grupos separados de médicos y enfermeros. Fueron 20 días laborales de asistencia a la unidad con 5 sesiones para medicina con un promedio de 7 participantes y 5 sesiones para enfermería con un promedio de 9 participantes.

Los médicos eran habitualmente los mismos y esto permitió un abordaje más continuado, mientras que enfermería era un grupo con mayor rotación (debido a los turnos) así que la asistencia del personal al grupo fue variable.

Figura 4. Adherencia por servicios.



Intervenciones individuales en personal sanitario

Las intervenciones individuales se llevaron a cabo de forma presencial y por teléfono en el caso de personal aislado. En total fueron 10 profesionales sanitarios, 8 de los cuales fueron atendidos por teléfono y 2 de forma presencial. Las intervenciones presenciales implicaron entre 1 y 2 se-

siones, mientras que las telefónicas tuvieron un seguimiento de 10 días.

IV. Discusión

Este servicio pretendía atender las demandas psicológicas experimentadas por las personas afectadas por la COVID-19 desde un entorno hospitalario y durante el periodo del confinamiento establecido por el gobierno a través del Estado de Alarma.

Ha sido un servicio flexible y sensible a las diferentes situaciones que la pandemia iba creando. Las reuniones diarias entre los integrantes del equipo han permitido analizar y adaptar las actividades en función de las demandas. El trabajo en equipo ha permitido perfeccionar y mejorar las actividades en función de la evolución de la afectación psicológica y emocional en la población atendida.

Se ha hecho evidente para el equipo la importancia de atender a las narrativas del dolor y el sufrimiento en los procesos de duelo enfrentados, entendiendo que más que disminuir o eliminar el dolor nuestra labor consistía en ayudar a expresar el mismo en sus diferentes manifestaciones, facilitando y acompañando en el proceso de expresión de la angustia.

Se ha ofrecido un contexto terapéutico para la ventilación emocional y elaboración psíquica en los profesionales sanitarios que estaban en primera línea de trabajo con la pandemia, enfrentando situaciones y vivencias críticas, habiendo dado pautas para el manejo de la repercusión emocional sobre la tarea, realizando intervención psicológica en crisis, detección temprana de posibles alteraciones emocionales y, en definitiva, promoviendo la integración de la salud emocional y la

salud laboral.

Conclusiones

La intervención que planteábamos en nuestra fundamentación del servicio se caracterizaba por pretender ser preventiva, en crisis y comunitaria, con el fin último de minimizar en lo posible el impacto psicológico de la pandemia y la crisis sanitaria en las personas que así lo requiriesen. En este sentido concluimos que, tal y como pretendíamos:

-Se ha atendido el cuidado emocional de las personas afectadas (pacientes, familiares y profesionales sanitarios).

-Se ha llevado a cabo una intervención desde la óptica de la salud pública, una intervención de carácter comunitario basada en la prevención primaria de la salud mental, habiendo tratado de disminuir la proporción de nuevos casos de trastornos mentales en la población durante este periodo.

-Se ha realizado una intervención en crisis para facilitar los cambios requeridos que la situación de la pandemia exigía, atendiendo a las dificultades en la salud mental de las personas afectadas.

Finalmente, nuestra conclusión principal es que el SAPMB ha permitido apoyar psicológicamente in situ a las personas afectadas por la COVID-19, tanto en el ámbito hospitalario como extrahospitalario, dando un servicio de salud pública necesario en los momentos de la crisis provocada por esta pandemia e implantado de forma rápida y efectiva.

Limitaciones y propuestas de mejora

Hemos encontrado dificultades en dar a conocer el servicio a los familiares de pacientes con diagnóstico de COVID-19 hospitalizados. Pensa-

mos que hubiéramos podido atender a más personas si hubieran sabido de la existencia del servicio. Como propuesta de mejora, tendríamos que haber establecido mejor la vía de comunicación con el familiar del paciente, a través de medios de comunicación locales.

También ha habido dificultades para acceder a los pacientes con sospecha de COVID-19 o positivos en aislamiento hospitalizados y darles atención psicológica, ya que nuestro enlace con los pacientes era el propio personal sanitario, el cual tenía una sobrecarga de trabajo que le hacía atender prioritariamente a las necesidades médicas.

Probablemente las limitaciones anteriores están relacionadas con la no existencia de un Servicio de Psicología Clínica adscrito al funcionamiento regular del Hospital Marina Baixa, habiendo sido más lento y dificultoso que los distintos servicios hospitalarios tuvieran en cuenta la presencia del servicio psicológico recién creado y el tipo de atención que ofrecíamos. La labor diaria y constante de nuestro equipo de trabajo ha permitido sortear en parte estos obstáculos, siendo conocidos y valorados por los diferentes servicios hospitalarios al final del trayecto realizado como SAPMB.

Esta experiencia señala la importancia de que exista un servicio de estas características de forma permanente en el hospital. De hecho, servicios como UCI o Infecciosos han manifestado la necesidad de cubrir las demandas psicológicas propias de su servicio de forma continuada.

Por tanto, una propuesta de mejora es la de establecer el servicio de atención psicológica hospitalaria de forma permanente para poder trabajar aspectos psicoeducativos, generar posibilidades de descarga emocional a pacientes, familiares y

personal sanitario, fortalecer los vínculos interpersonales entre los miembros de un servicio y dotarles de técnicas psicológicas que les ayude a afrontar el impacto emocional que les genera su actividad diaria.

V. Referencias

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., y Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395 (10227), 912–920.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Caplan, G. (1964). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.

Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L. y Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*, 7(4), e15–e16. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X)

Duan, L., y Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID 19 epidemic. *Lancet Psychiatry*, 7(4), 300–302. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)

Fernández, L. y Rodríguez, B. (2002). *Intervención en crisis*. Madrid: Síntesis

Gardner, P. J., y Moallem, P. (2015). Psychological impact on SARS survivors: Critical review of the English language literature. *Canadian Psychology/ Psychologiecanadienne*, 56 (1), 123–135. <https://doi.org/10.1037/a0037973>

- Inchausti, F., García-Poveda N.V., Prado-Abril J. y Sánchez-Reales S. (2020). La Psicología Clínica ante la Pandemia COVID-19 en España. *Clínica y Salud*. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a11>
- Lee, S. M., Kang, W. S., Cho, A.-R., Kim, T., y Park, J. K. (2018). Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Comprehensive Psychiatry*, 87, 123–127. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.10.003>
- Liria, A.F. y Vega, B.R. (2002). *Intervención en crisis*. Madrid: Síntesis
- Mira, J. M., Vargas, A.C., García, O.B.M., Peña, M.P.A., Pérez, P.P., Murcia, C.I., Guilabert, M., Pérez-Jóver, V., Peris, C.F., Ripoll, M.A.V., Burillo, J.V., Cuenca, J.F.H., Giménez, A.G., Martín, M.L., Bustos, C.S., Martínez, S.L., Ruipérez, C.M., Martínez, A.S., Casalengua, M.L.T., Martín-Delgado, J., Marco, B., Abad, C., Remón, C.A., y Andrés, J.M.A. (2020). Reflexiones y recomendaciones para planificar actuaciones para la prevención y abordaje de reacciones de Estrés Agudo en trabajadores sanitarios con motivo de la crisis ocasionada por COVID-19. Sociedad Española de Calidad Asistencial. Disponible en: <http://calidadasistencial.es/wp-seca/wp-content/uploads/2020/04/SECA-COVID-19-Prevencion-Estres-Agudo.pdf>
- vonBlanckenburg, P., y Leppin, N. (2018). Psychological interventions in palliative care. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(5), 389–395. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000441>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., y Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (5). <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Xiao, C. (2020). A Novel Approach of Consultation on 2019 Novel Coronavirus (COVID-19)-Related Psychological and Mental Problems: Structured Letter Therapy. *Psychiatry Investigation*, 17 (2), 175–176. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0047>
- Zhou, X. (2020). Psychological crisis interventions in Sichuan Province during the 2019 novel coronavirus outbreak. *Psychiatry Research*, 286, 112895.