

4. ECONOMÍA Y POLÍTICA

VULNERABILIDAD DEL PERSONAL DE SALUD ANTE LA PANDEMIA DE COVID 19

Marco Antonio López García¹

¹ Médico Cirujano, Universidad de Guanajuato. Maestro en investigación clínica. Médico laboral en Acciona, Hospital Regional de Alta Especialidad.

Contacto: blackadam@hotmail.com

Palabras clave: personal de salud, covid19, salud mental, burnout.

En diciembre del año 2019, en una de las ciudades más pobladas de la república democrática popular de China, se identificó por primera vez un agente submicroscópico que cambiaría completamente la vida de todo el planeta. Cuatro meses después, la humanidad continúa enfrascada en un conflicto donde el peor enemigo podría no ser el virus (ahora denominado COVID 19), sino su propia salud mental.

El miedo es una reacción fisiológica ante un peligro potencial o desconocido. Junto con la ansiedad, son mecanismos que evolucionaron en la conducta humana para asistir a la humanidad durante millones de años para sobrevivir a las amenazas naturales y fabricadas. Sin embargo, el miedo al COVID 19 es presente y real, no hay nada ficticio en ello. Y enfrentarse a un enemigo no tangible puede ser incluso peor: ¿Cómo evitar aquello que no es posible ver?

Es necesario mencionar que denominar la contingencia que nos aqueja como una “guerra sin cuartel”, una “batalla interminable” y referirse al personal de salud como “héroes, soldados y guerreros” es un término que invisibiliza las carencias del sistema de salud mexicano, y convierte en mártires desechables a todos los trabajadores de la salud.

El uso de terminología bélica para el campo de la salud nos impide la visión objetiva y el juicio crítico, al enfocarse en una perspectiva romántica. Tradicionalmente, se espera que un héroe supere obstáculos y derrote enemigos sin importar lo poco preparado o equipado que esté para la situación, es incluso aceptable que sea herido o pierda la vida.

El conflicto que libra el personal de salud se da en varios frentes: por un lado, la pandemia vigente, con insumos y equipo apenas suficiente. También deben enfrentarse a los embates de una población poco educada y temerosa. Y podemos agregar un tercer frente: La salud mental de los propios trabajadores.

El síndrome de “burnout” es un término relativamente nuevo, se tiene registro de la palabra desde 1960, pero es una problemática muy antigua en realidad entre los profesionales de la salud (1,2).

No existe hasta el momento, una sola definición que englobe todas las manifestaciones. Un metaanálisis que realizó Rotenstein et al, dilucidó que se usaron 142 definiciones diferentes (2), pero la mayoría de los estudios incluídos (17.2%) utilizaron el inventario de burnout de Maslach, donde se pueden apreciar 3 grandes rubros determinantes: despersonalización, agotamiento emocional y falta de realización personal a causa de una carga excesiva de trabajo y la falta de equipo apropiado para realizarlo. El metaanálisis mencionado se extrajo de 182 estudios con 109 628 pacientes en 45 países, utilizando diversas escalas, se estimó una tasa de “burnout” total de 67%, que puede desglosarse de la siguiente manera: 72% en agotamiento emocional, 68.1% en despersonalización y 63.2% en una baja realización personal. De manera general, hubo una prevalencia de “burnout” de 0% a 80.5%. Esta discrepancia se explica por las diferentes definiciones que se utilizan para definir el término. Hay suficiente evidencia para afirmar que se asocia a una mayor frecuencia de errores médicos, problemas de aprendizaje, abuso de sustancias, suicidio, etc. (1). Normalmente, el burnout tiene una prevalencia importante, independientemente de la especialidad o año académico. Puede afirmarse que puede empezar más pronto de lo que se creía (1,2).

La actual pandemia es una amenaza sin precedentes, el distanciamiento social y físico seguramente traerá secuelas psicológicas. La literatura al respecto es escasa, Pero se acumula cada día y los expertos concuerdan en que es inevitable un aumento de problemas en salud mental (3). Los desastres a gran escala, por lo general se acompañan de aumento en los casos de depresión, estrés post-traumático, abuso de sustancias y un rango muy amplio de conductas violentas, entre ellas violencia doméstica y hasta abuso infantil (4).

El efecto de los desastres en la población general está bien documentado. Por ejemplo, alrededor del 5% de la población afectada por el huracán “Ike” en el año 2008, presentaron síntomas que satisfacían el criterio de depresión mayor a un mes del evento desastroso, 1 de cada 10 adultos en la ciudad de Nueva York mostró signos de la misma enfermedad después de los ataques del 11 de septiembre (4). Pero es altamente

probable que sea incluso mayor para el personal de salud. Se ha documentado incluso una tasa mayor de Trastorno de Estrés postraumático en el personal médico (3).

El tema de la salud mental, paradójicamente, se subestima en el ámbito de trabajo hospitalario. Existe un gran número de factores que contribuyen a esto: La falta de sueño, las jornadas laborales inhumanas, la hostilidad por parte de la población, etc. (3)

Conclusión

Por el momento, el impacto que esto representa en la población médica es imposible de estimar con datos duros, y más cuando se trata de una variable tan difícil de medir como el golpe psicológico tan duro que significa para el personal de salud la ansiedad y el miedo que representan enfrentarse a la pandemia. (3)

Lo que es posible tener por cierto, es lo siguiente: Primero, existe un antes y después de la pandemia de COVID 19, la organización, infraestructura y sistemas dedicados a la salud tendrán que adaptarse a las necesidades de la sociedad. Segundo: Es tiempo de reforzar el sistema de salud mental, que ha sido sistemáticamente relegado a un segundo plano. Las acciones que se tomen en los meses venideros serán cruciales para afrontar los retos que inevitablemente vendrán, y es una oportunidad para abandonar dogmas, estigmas y estereotipos nocivos y arcaicos con respecto a los padecimientos mentales y psicológicos. La telemedicina, las redes de apoyo y en general, la empatía humana son ejemplos de las estrategias que pueden tomarse para evitar el colapso mental y emocional del personal de salud, y seguramente serán puntos clave para determinar el curso de la pandemia. (4)

Referencias:

1. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians a systematic review and meta-analysis. JAMA - J Am Med Assoc. 2015 Dec 8;314(22):2373-83.
2. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of burnout among physicians a systematic review. Vol. 320, JAMA - Journal of the American Medical Association. American Medical Association; 2018. p. 1131-50.

3. Ciro Conversano, Laura Marchi MM. Psychological distress among healthcare professionals involved in the Covid-19 emergency: vulnerability and resilience factors | Clinical Neuropsychiatry [Internet]. [Citado 2020 Abr 19]. Available from: <https://www.clinicalneuropsychiatry.org/download/psychological-distress-among-healthcare-professionals-involved-in-the-covid-19-emergency-vulnerability-and-resilience-factors/>
4. Galea S, Merchant RM, Lurie N. The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing. JAMA Intern Med [Internet]. 2020 Apr 10 [Citado 2020 Abr 19]; Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2764404>