

INTERVENCIÓN INSTITUCIONAL EN HOSPITAL REFERENTE COVID-19, ANÁLISIS MIXTO DE NIVELES DE ESTRÉS Y SINTOMATOLOGÍA PSICOPATOLÓGICA

INSTITUTIONAL INTERVENTION IN A COVID-19 REFERRAL HOSPITAL, MIXED ANALYSIS OF STRESS LEVELS AND PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS

INTERVENÇÃO INSTITUCIONAL NO HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA COVID-19, ANÁLISE MISTA DOS NÍVEIS DE STRESS E DA SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA.

RECIBIDO: 20 septiembre 2023

ACEPTADO: 05 agosto 2024

Lisandro Vales ^{1,2} Amparo Bazterrica ^{2,3} Sandra Falero ^{2,3} Gisella Romero ^{2,3}

¹ Instituto de Fundamentos y Métodos en Psicología, Facultad de Psicología - Universidad de la República (Uruguay)

² Servicio de Atención Psicológica Preventivo Asistencial (SAPPA), Facultad de Psicología - Universidad de la República (Uruguay)

³ Instituto de Psicología Clínica, Facultad de Psicología - Universidad de la República (Uruguay)

Palabras clave: COVID-19; Cuestionario Breve de Burnout; Intervención Institucional, psicopatología; OQ45.2; trabajadores de la salud.

Keywords: Burnout, COVID-19; Burnout Short Questionnaire; institutional intervention; psychopathology; OQ45.2; health workers.

Palavras-chave: COVID-19; Brief Burnout Questionnaire; Intervenção Institucional; psicopatologia; OQ45.2; profissionais de saúde.

RESUMEN

Introducción. Se presenta la intervención institucional realizada en un hospital público de la ciudad de Montevideo, nominado en el mes de marzo de 2020 referente para pacientes COVID-19. El encargo se refiere a “la necesidad de apoyo a los equipos de salud que trabajan en contacto directo con los pacientes COVID-19, debido al estrés en el que se encuentran”. **Método.** Se exponen los resultados cualitativos más relevantes de la primera fase de la intervención que surgen de grupos de reflexión. Se realiza una evaluación cuantitativa con el fin de aportar elementos esenciales para el diseño de la segunda fase. En junio de 2020 se exploró sintomatología psicopatológica mediante OQ45.2, y el estrés laboral mediante Cuestionario Breve de *Burnout* del personal del hospital público de la ciudad de Montevideo. Enfoque mixto secuencial. **Resultados.** En la primera fase se detectaron problemas de comunicación interna en colectivos jerárquicos que se trataron mediante grupos de reflexión en la segunda fase. Se constata poca participación de representantes del personal de enfermería en instancias convocadas. Los trabajadores de la salud presentan niveles bajos de *burnout* y sintomatología psicopatológica. **Discusión.** Los análisis cualitativos iniciales permiten el diseño de dispositivos para trabajar y mitigar los problemas de comunicación interna. La poca participación del personal de enfermería se relaciona con los valores bajos de burnout y sintomatología psicopatológica y datos del análisis cualitativo. **Conclusión.** Es importante y beneficioso preparar a los equipos de salud ante situaciones de emergencia. La Intervención Institucional es una herramienta potente y útil en Instituciones de Salud.

Correspondencia: Lisandro Vales - Tristan Narvaja 1674, Montevideo, Uruguay. Fax 00598 24008640

Email: lvales@psico.edu.uy o lhvales@gmail.com



ABSTRACT

Introduction. The institutional intervention carried out in a public hospital in the city of Montevideo, nominated in March 2020 as a reference for COVID-19 patients, is presented. The request refers to "the need for psychological support for health teams that work in direct contact with COVID-19 patients, due to the stress they are under."

Method. The most relevant qualitative results of the first intervention phase that arise from reflection groups are presented. A quantitative evaluation is carried out to provide essential elements for the design of the second phase. In June 2020, psychopathological symptoms were explored using OQ45.2, and job stress was explored using the Short Questionnaire of Burnout of the health workers of a public hospital in Montevideo. Sequential mixed approach.

Results. In the first phase, internal communication problems were detected in hierarchical groups, which were treated through reflection groups in the second phase. Little participation of representatives of health workers in convened instances was noted. Health workers show low levels of burnout and psychopathological symptoms.

Discussion. Initial qualitative analyses allow the design of devices to work and mitigate internal communication problems. Little participation of representatives of health workers is related to low values of burnout and psychopathological symptoms, as well as data from the qualitative analysis.

Conclusion. It is important and beneficial to prepare health teams for emergencies. Institutional Intervention is a powerful and useful tool in Health Institutions.

RESUMO

Introdução. Apresenta-se a intervenção institucional realizada num hospital público da cidade de Montevideu, nomeado em março de 2020 como hospital de referência para pacientes com COVID-19. A designação refere-se à "necessidade de apoio às equipas de saúde que trabalham em contacto direto com os doentes com COVID-19, devido ao stress a que estão sujeitos".

Método. São apresentados os resultados qualitativos mais relevantes da primeira fase da intervenção, resultantes dos grupos de discussão. É efectuada uma avaliação quantitativa, a fim de fornecer elementos essenciais para a conceção da segunda fase. Em junho de 2020, explorou-se a sintomatologia psicopatológica através do OQ45.2, e o stress laboral através do Brief Burnout Questionnaire do pessoal do hospital público da cidade de Montevideo. Abordagem sequencial mista.

Resultados. Na primeira fase, foram detectados problemas de comunicação interna em grupos hierárquicos, que foram abordados através de grupos focais na segunda fase. Houve pouca participação de representantes do pessoal de enfermagem nos órgãos convocados. Os profissionais de saúde apresentam baixos níveis de burnout e de sintomatologia psicopatológica.

Discussão. As primeiras análises qualitativas permitem a conceção de dispositivos para trabalhar e atenuar os problemas de comunicação interna. A fraca participação do pessoal de enfermagem está relacionada com os baixos valores de burnout e de sintomatologia psicopatológica e com os dados da análise qualitativa.

Conclusões. É importante e benéfico preparar as equipas de saúde para situações de emergência. A Intervenção Institucional é uma ferramenta poderosa e útil nas Instituições de Saúde.

En diciembre de 2019, en la provincia de Wuhan en China, se reportó un virus llamado SARS-CoV-2 de la familia coronavirus que causa una infección respiratoria con alta tasa de contagio. Estos pacientes presentaron síntomas clínicos de tos seca, disnea, fiebre e infiltrados pulmonares bilaterales en las imágenes. La enfermedad fue llamada COVID-19 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (World Health Organization, 2020b).

El 30 de enero de 2020, la OMS declaró que el brote chino de COVID-19 constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional que presentaba un alto riesgo para los países con sistemas de salud vulnerables. El Comité de Emergencia declaró que la propagación de COVID-19 puede verse interrumpida por la detección temprana, el aislamiento, el tratamiento oportuno y la implementación de un sistema de rastreo de contactos y de detección de focos. A nivel internacional, el número de informes confirmados siguió aumentando, en octubre de 2020 se ubicaba en más de 38 millones de casos confirmados con más de 1 millón de muertes (World Health Organization, 2020c, 2020b).

SITUACIÓN EN URUGUAY EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2020

El 13 de marzo de 2020 se detectaron los primeros cuatro casos de COVID-19. Ese mismo día el Poder Ejecutivo declaró la emergencia sanitaria (Poder Ejecutivo de la República Oriental del Uruguay, 2020), proponiendo un protocolo de acción que implica la implementación inmediata de medidas tales como: la suspensión de actividades en el ámbito público y privado, el distanciamiento físico, medidas de higiene y de protección bajo responsabilidad ciudadana, sin cuarentena obligatoria.

Desde que se declaró la emergencia sanitaria hasta octubre de 2020, se habían procesado 270.780 tests y se habían registrado 2388 casos positivos de Coronavirus en todo el territorio nacional. De ese total 2007 ya se habían recuperado y 51 fallecieron (Sistema Nacional de Emergencias del Uruguay, 2020b).

Existen distintos factores que intentaron dar respuesta a la baja incidencia antes mencionada. La baja densidad demográfica de 18.8 habitantes por km² (Observatorio Territorio Uruguay, 2011), que además facilita el cumplimiento de los protocolos de distanciamiento social, medida fundamental en el marco de la emergencia sanitaria. Por otra parte, la rápida capacidad de testeo de la mano del desarrollo tecnológico local para la detección de focos, junto con el aislamiento de los casos positivos y el control de contactos.

A su vez, como infraestructura relevante se destaca la amplia red de agua potable y de saneamiento a nivel nacional, la cobertura universal y las mejoras en el acceso a la atención de salud incorporadas en la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (Asamblea General de la República Oriental del Uruguay, 2007). De este modo, a partir de una red de atención primaria en salud, que brinda atención descentralizada en diferentes zonas del país, se logra mayor accesibilidad, además de los servicios médicos a domicilio.

PANDEMIA, SALUD MENTAL Y TRABAJADORES DE LA SALUD

Las emergencias en salud pública como la declarada por la OMS (2020b) en esta oportunidad constituyen un agente desestabilizador multifactorial para las sociedades y los estados en general, y particularmente para los Servicios de Salud. Exige reestructuraciones, sobrecargas de trabajo, sobreexposición pública, tensiones diversas sobreagregadas a la posibilidad de enfermar.

En 2003, el mundo ya se vio afectado por la mortal epidemia de SARS, registrándose consecuencias psicológicas en los equipos de la salud y población general un año después del brote de la enfermedad, siendo significativamente mayor en los primeros, lo que sugiere la necesidad de establecer programas de apoyo e intervención posterior y específicos para los trabajadores de la salud, así como programas de prevención (Urzúa et al., 2020).

Los trabajadores de la salud por su grado de exposición a situaciones de incertidumbre, estrés, angustia y presiones de diferente orden durante el desarrollo de la pandemia COVID-19, tienen un mayor riesgo de presentar depresión, ansiedad y otros trastornos o sintomatologías psicopatológicas (Greenberg et al., 2020; Hill et al., 2022; Kang et al., 2020; World Health Organization, 2020a).

En este sentido los autores plantean la importancia de tomar medidas proactivas para proteger la salud mental de los equipos de salud por las situaciones que enfrenta, abordando situaciones de conflicto en los equipos, proporcionando espacios regulares de intercambio, y paralelamente ir monitoreando activamente la salud mental del personal en los diferentes momentos de la pandemia (comienzo, desarrollo, fin y luego de su finalización), brindar apoyo, y cuando sea necesario proveer tratamientos (Greenberg et al., 2020; Roy et al., 2021).

Estudios durante y posteriores a la pandemia por COVID-19 han revelado que los trabajadores de la salud al haber estado sometidos a un estrés constante tienen una prevalencia significativa de problemas en salud mental, en especial depresión mayor, trastornos de ansiedad por estrés postraumático y del sueño. (Aymerich et al., 2022; Coimbra et al., 2024; Hill et al., 2022; Y. Li et al., 2021)

INTERVENCIONES INSTITUCIONALES EN CENTROS DE SALUD PÚBLICOS

En el marco de la coyuntura de la pandemia por COVID-19, el Equipo de Intervenciones Institucionales del Servicio de Atención Psicológica Preventivo Asistencial (SAPPA) de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, ha sido requerido para intervenir en diferentes centros de salud de todo el país. Dicha coyuntura implicó cambios rápidos e inesperados en las dinámicas institucionales así como en los equipos de trabajo, que en muchos casos acentuó problemáticas previas, incertidumbres, miedos, licencias por enfermedad.

El SAPPA mantiene un convenio desde 2001 con la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). En ese marco, el SAPPA brinda atención psicológica a los funcionarios de salud pública y sus núcleos familiares de todo el país, así como responde a solicitudes de intervención en instituciones de equipos de salud que presentan diversos niveles de conflictividad: con el rol, con la tarea, interpersonales, interequipos, interservicios y otros.

Se entiende por intervención institucional:

Una acción transformadora practicada según una ética y una política formalizada en una teoría que aplica, según ciertas reglas metodológicas, una serie de recursos técnicos. Todo este procedimiento parte de una evaluación logística de disponibilidades, y es planificado según una estrategia que se descompone en tácticas. Su objetivo principal es propiciar en los colectivos intervenidos una acción instituyente, y en su límite, la implementación de procesos de autoanálisis y autogestión (Baremblyt, 1992, p. 178).

Intervención significa acción dentro de una organización social, a solicitud de ésta y con miras a facilitar ciertos cambios. (Lapassade, 1999, p. 92). En el trabajo con las instituciones el equipo de intervención se ve enfrentado a que las técnicas utilizadas, y la propia presencia del equipo en las instituciones se encuentran inmersas en una dimensión oculta, no analizada y determinante: la dimensión institucional (Lapassade, 1999, p. 15; Lourau, 1975, p. 131). Esta dimensión institucional es tenida en cuenta en las técnicas y dispositivos empleados en la intervención institucional, los cuales generarán efectos en la institución en el desarrollo de la intervención.

MÉTODO

Se presenta la intervención institucional realizada en un hospital público de la ciudad de Montevideo, nominado en el mes de marzo de 2020 referente para pacientes COVID-19.

Se exponen los resultados cualitativos más relevantes de la primera fase de la intervención. Luego se realiza una evaluación cuantitativa con el fin de exponer datos significativos para el diseño de la segunda fase de la intervención.

INTERVENCIÓN INSTITUCIONAL, SUS RESULTADOS Y ANÁLISIS

A finales de marzo de 2020, la dirección del Hospital solicita la intervención del equipo de intervenciones institucionales del SAPPA. Dado que la solicitud es realizada por la Dirección del Hospital, la primera fase de la intervención tiene que ver con la construcción de la demanda de los colectivos en cuestión. El equipo de intervención recibe un encargo por parte de la Dirección referido a “la necesidad de apoyo a los equipos de salud que trabajan en contacto directo con los pacientes COVID-19, debido al estrés en el que se encuentran”. Como todo encargo, este aparece privilegiado ante otros a la interna de la institución (Manero, 1990, p. 131).

La construcción de la demanda, es un proceso de deconstrucción del encargo o los encargos iniciales que implica la co-construcción de una demanda institucional, la cual resulta de la expresión de los colectivos de dicha institución, es decir quienes participan, en los espacios habitados y “habilitados” por la institución, en un momento dado. El proceso de

construcción de la demanda genera efectos institucionales más allá de la co-construcción y enunciación de la demanda, habilita a realizar una posible intervención, es decir habilita a la fase de la intervención propiamente dicha.

La construcción de la demanda implicó trabajar en nueve encuentros de convocatoria voluntaria con los diferentes colectivos - dirección, mandos medios, servicios y representantes del personal de enfermería - las diferentes enunciaciones, insistencias y líneas de visibilidad del encargo en sí mismo y problemáticas relacionadas. Para ello se utilizaron como técnicas: entrevistas, técnicas de fotolenguaje (González-Cruzado, 2009), confección colectiva de informes institucionales, evaluación cuantitativa (sobre estrés y sintomatología psicopatológica) y grupos de reflexión (Selvatici & Ravenna-Selvatici, 2008). Se fomenta la participación, intercambio de comentarios, experiencias y posiciones diferentes. Se realizaron a través de plataformas online, dada la perentoriedad de mantener la distancia física.

En esta primera fase la construcción de la demanda expresa dos grandes problemáticas, la primera se enmarca en el nuevo escenario que implicó la nominación del Hospital como referente para pacientes COVID-19. Dicha nominación implicó un cambio de identidad con dinámicas cambiantes y rediseño institucional constante. Uno de los aspectos importantes era la comunicación interna, malestares y malentendidos en diferentes niveles, siendo relevante los referidos entre dirección y mandos medios. Estos problemas de comunicación interna interfieren en la tarea y afectan vincular y emocionalmente no sólo a dichos colectivos (dirección y los mandos medios) sino también a los servicios y a los demás colectivos del hospital.

La segunda problemática se refiere a que si bien en diferentes espacios se observa preocupación por el estrés del personal que trabaja en primera línea (emergencia, cuidados intermedios e intensivos) con pacientes COVID-19, llamó la atención la poca concurrencia a la convocatoria de los representantes del personal de enfermería de cada servicio en las instancias correspondientes. Esto probablemente tenga que ver con: la baja afluencia de pacientes COVID-19 al Hospital, siendo su exposición no tan importante; o las dificultades en la comunicación interna antes expresada; o lo mencionado en algunos estudios que plantean la dificultad de consultar y pedir ayuda al personal de la salud durante situaciones de pandemia (Chen et al., 2020); u otros no visualizados.

Estas dos problemáticas que constituyen la demanda, se plasmaron en un informe en donde participaron en su construcción todos los colectivos, informe que fue compartido con todos los participantes.

En una segunda fase, teniendo en cuenta la primera problemática de la demanda referida a los niveles de tensión y conflictividad así como las distorsiones en la comunicación que se suceden en los estratos jerárquicos superiores, es que se trabaja en modalidad de grupos de reflexión en cuatro encuentros con la Dirección del Hospital y los mandos medios, por separado y en conjunto, con el fin de que se pueda abrir un canal de comunicación que permitiera enunciar las dificultades y posibles soluciones, mitigando la conflictividad existente.

Al finalizar dichos encuentros entre Dirección y mandos medios se destaca:

- Que el escenario había cambiado sustancialmente respecto al inicio de la intervención; hay una mejor definición de roles, procedimientos y tareas, y que en este momento la preocupación mayor pasaría por contar con recursos humanos suficientes.
- Que el aumento de la carga de trabajo es inherente a la preparación para la inminencia del aumento de casos (atención de ola de pacientes COVID-19) y la normalización de las funciones del hospital ha disminuido los problemas vinculares que antes se suscitaban.
- Que los espacios de reflexión en esta intervención han sido importantes en tanto han mejorado las formas de comunicación y vinculación. No obstante dichos espacios deben tener una temática que los convoque en tiempos y espacios determinados.

A su vez, teniendo en cuenta la segunda problemática de la demanda, se considera realizar una evaluación de aspectos psicológicos y de estrés laboral al personal del Hospital, a efectos de recabar datos que permitan contrastar los datos cualitativos respecto a la segunda problemática planteada, el estrés que percibe el personal de salud. Esto permitiría la adecuación de dispositivos de intervención en salud mental, así como a la eventual necesidad de apoyo psicológico a los distintos equipos. Se planteó una evaluación transversal, en el marco de la intervención institucional donde se pretende explorar los niveles de estrés y sintomatología psicopatológica del personal del Hospital en el mes de junio de 2020. A continuación se presenta la evaluación cuantitativa.

PARTICIPANTES

Personal del Hospital público de la ciudad de Montevideo Uruguay que de manera voluntaria y anónima realicen la evaluación online sobre sintomatología psicopatológica y estrés laboral durante el mes de junio de 2020 (152 participantes).

MATERIALES

a) Datos filiatorios básicos (edad, sexo, profesión, estado civil, tiempo que trabaja en el hospital, cantidad de horas trabajadas por semana, servicio del hospital al que pertenece).

b) Cuestionario Breve de Burnout (CBB), (Montero et al., 2009). Evalúa el desgaste profesional o burnout por estrés laboral desde una perspectiva multidimensional. Está compuesto por 21 preguntas referente a tres diferentes dimensiones globales del estrés laboral: antecedentes del síndrome (características de la tarea, tedio y organización) síndrome de burnout (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal) y consecuencias del burnout (físicas, sobre el clima familiar y rendimiento laboral). La escala de respuesta es de tipo Likert de cinco puntos. Dicho cuestionario ha sido aplicado en poblaciones similares (equipos de salud) (Molero Jurado et al., 2018; Paredes & Sanabria-Ferrand, 2008; Pérez-Fuentes et al., 2018; Roger et al., 2013; Valdivieso Romero et al., 2016).

c) Escala de sintomatología del OQ45.2 (von Bergen & de la Parra, 2002). Cuenta con 25 ítems que evalúan sintomatología con una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos. Si bien fue diseñada para la evaluación de resultados en psicoterapia, también fue diseñada para una aplicación masiva en la toma de decisiones en salud mental, incluyendo ítems que permiten evaluar dentro de la sintomatología pensamiento suicida y consumo de sustancias, aspectos estos que según la evidencia pueden presentarse en los equipos de salud (Greenberg et al., 2020; Shigemura et al., 2020; Torous et al., 2020).

PROCEDIMIENTOS

La evaluación se realizó en forma voluntaria, online mediante formulario Google, y constaba de los ítems que se detallaron en el apartado correspondiente.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se utiliza el test de Kolmogorov Smirnov para evaluar la normalidad de las variables, se utilizan el test de correlación de Pearson y el Test T student para variables normales y el test correlación de Spearman y el test de Wilcoxon para variables no normales.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta evaluación fue autorizada a realizarse por la dirección del Hospital, y consta de cuestionarios que los integrantes del equipo de intervención del SAPPA ya han utilizado.

RESULTADOS CUANTITATIVOS

Participaron 152 personas (124 mujeres y 28 hombres). Núcleo Familiar 71.7 % tienen hijos, 60.6 % tienen pareja, 14.2 % viven con padre/madre, 10.2% viven con otros familiares (abuelos, tíos, etc) y 15.9 viven solos.

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LAS VARIABLES A ESTUDIAR

Se presenta la estadística descriptiva de la variable participante en la Tabla 1, y las correlaciones significativas en la Tabla 2.

Tabla 1.
 Estadística descriptiva

Variables	Media	DS	Mínimo	Máximo
CBB	21.12	5.26	12.00	34.33
Consecuencias	6.94	2.85	3.00	14.00
Antecedentes	6.76	1.78	3.67	11.67
Síndrome	7.41	1.70	3.00	11.33
OQ45	28.44	12.49	11.00	69.00
Edad	43.15	9.26	22.00	63.00
Tiempo Hospital	7.85	5.73	0.00	40.00
Horas Semanales	36.08	20.12	5.00	120.00

Tabla 2.
 Correlación de Variables

Variable 1	Variable 2	Coficiente	Dirección	Intensidad	p
Edad	Antecedentes	r	-	.1814	0.0258
Edad	Síndrome	r	-	.2394	0.0031
Edad	CBB	r	-	.2367	0.0000
OQ45.2	Consecuencias	Spearman	+	.6157	0.0000
OQ45.2	Antecedentes	Spearman	+	.3603	0.0000
OQ45.2	Síndrome	Spearman	+	.4862	0.0000
OQ45.2	CBB	Spearman	+	.6137	0.0000

Se realizaron Pruebas T o Wilcoxon según sus participantes tengan o no pareja con las variables mencionadas en la estadística descriptiva, encontrándose las siguientes diferencias significativas entre grupos:

Horas semanales trabajadas (p=.0324, Test Wilcoxon)

Tienen pareja	n	Rango Promedio
no	73	83.80
si	78	68.70

Las/os que no tienen pareja trabajan significativamente más horas

Se realizaron Pruebas T o Wilcoxon según sus participantes sean profesionales universitarios o no con las variables mencionadas en la estadística descriptiva, encontrándose las siguientes diferencias entre grupos significativas:

Consecuencias del Burnout (p=0.0544, Test Wilcoxon)

Profesional	n	Rango Promedio
Si	63	84.60
No	89	70.80

Las/os profesionales universitarios puntúan marginalmente significativo más en Consecuencias Burnout.

Horas semanales trabajadas (p=.01089, Test Wilcoxon)

Profesional	n	Rango Promedio
Si	63	66.20
No	89	83.00

Las/os que no son profesionales universitarios trabajan significativamente más horas por semana.

Se realizaron Pruebas T o Wilcoxon según sus participantes trabajen en los servicios que atienden a pacientes en primera línea (pertenecientes a los servicios: Cuidados Intensivos, Cuidados Moderados, Emergencia y Enfermería) o pertenecen a otros servicios. con las variables mencionadas en la estadística descriptiva, encontrándose las siguientes diferencias significativas entre grupos:

Puntuación total del Cuestionario Breve de Burnout (T test, p= .0310)

Trabaja en Primera Línea	n	media
No	78	20.26
SI	74	22.10

Los/as trabajadores/as de primera línea puntúan significativamente más en CBB

Síndrome de Burnout (T test, p= .0479)

Trabaja en Primera Línea	n	media
No	78	7.13
SI	74	7.68

Los/as trabajadores/as de primera línea puntúan significativamente más Síndrome de Burnout.

Horas trabajadas por semana (Wilcoxon, p= .0000)

Trabaja en Primera Línea	n	media
NO	78	60.20
SI	73	92.90

Los/as trabajadores/as de primera línea trabajan significativamente más horas por semana.

Sintomatología psicopatológica según OQ45 (Wilcoxon, p=.0546)

Trabaja en Primera Línea	n	media
NO	78	69.80
SI	74	83.50

Los/as trabajadores/as de primera línea tienen marginalmente significativamente mayores valores en sintomatología del OQ45

Tiempo en el Hospital (Wilcoxon, $p=.0055$)

Trabaja en Primera Línea	n	media
NO	78	86.10
SI	74	66.40

Los/as trabajadores/as de primera línea tienen significativamente menos tiempo en el hospital.

DISCUSIÓN

ENFOQUE CUANTITATIVO

En la evaluación se visualizan relaciones inversas entre la edad y los antecedentes, el síndrome y el puntaje total de burnout, esto implica que a menor edad hay mayor burnout. La edad según algunos estudios puede tener relaciones no concluyentes referente al burnout (Paredes & Sanabria-Ferrand, 2008; Roger et al., 2013), o puede ser un elemento en su desarrollo (Valdivieso Romero et al., 2016).

Sin embargo, en otro estudio que se realizó en otro hospital público en Montevideo, se menciona “un aumento de la incidencia del síndrome a partir de los 44 años” (Añon et al., 2012). En tal sentido, el equipo de intervenciones institucionales del SAPPA, realiza Pruebas T o Wilcoxon según sus participantes tengan edades mayores o iguales a 45 años y menores, observándose, que hay mayor puntuación, en forma significativa en las dimensiones y el puntaje total de burnout en participantes de mayor edad a 45 años, congruente con el último estudio citado y relativizando el hallazgo inicial.

Se observa una fuerte relación entre todas las dimensiones y el puntaje total de burnout con la sintomatología psicopatológica, siendo más relevante las consecuencias y el burnout total. Sería algo esperable, dada que las consecuencias y el burnout conceptualmente se hallan relacionadas con la sintomatología psicopatológica.

Los participantes que no tienen pareja, trabajan más horas. Si bien no se encontraron estudios con esta asociación, en un metaanálisis se encontró que los participantes sin pareja tenían niveles más altos de una dimensión del Burnout. “Esto podría deberse a que el entorno familiar del estilo de vida de pareja es un factor que brinda seguridad y apoyo” (Cañadas-de-la-Fuente et al., 2018).

Los profesionales universitarios tienen mayores consecuencias de burnout, probablemente por las exigencias que ello implica, dado que generalmente tienen cargos de mayor responsabilidad. Por otro lado, trabajan menos horas que los que no son profesionales universitarios, lo que podría vincularse con lo antedicho, aunque la variable económica puede ser un aspecto a considerar, en el sentido de que tiene mayor valor la hora de trabajo. Estos aspectos también son planteados en otro estudio (Cañadas et al., 2014).

Si bien como se verá más adelante, en la población estudiada hay niveles bajos y pocos participantes con burnout y sintomatología psicopatológica, los participantes que trabajaban en los servicios que atienden a pacientes en primera línea (pertenecientes a los servicios: Cuidados Intensivos, Cuidados Moderados, Emergencia y Enfermería) presentan mayor burnout (dimensión síndrome y burnout total), sintomatología psicopatológica y trabajan más horas por semana, aunque tienen menor antigüedad en el hospital. Estos hallazgos aunque no con altos niveles, se han encontrado en otros estudios (Chen et al., 2020; Kang et al., 2020; Moreno-Jiménez et al., 2020; Torales et al., 2020; Urzúa et al., 2020).

Finalmente, los resultados muestran que de los trabajadores de la salud del Hospital, sólo 34 de los 152 participantes presentan afectación de burnout (22.4%), por debajo de resultados obtenidos en otras investigaciones con poblaciones similares pero no en situación de pandemia por COVID-19 (Paredes & Sanabria-Ferrand, 2008; Pérez-Fuentes et al., 2018;

Roger et al., 2013; Valdivieso Romero et al., 2016). Por otro lado son valores similares o algo inferiores a los de la primera ola de la pandemia (Aymerich et al., 2022; Gündoğmuş et al., 2021)

Referente a la sintomatología psicopatológica del OQ45.2 sólo 18 estuvieron por encima del punto de corte (11.8%), lo que implica una baja incidencia. Sin embargo hay estudios que indican la importante incidencia de problemas psicológicos y de estrés a los que están sometidos los equipos de salud en la pandemia (Hill et al., 2022; Jiang et al., 2023; Kang et al., 2020; Z. Li et al., 2020; Urzúa et al., 2020) , que contradicen el presente estudio.

No obstante, estos bajos resultados, y de muy poca afectación se enmarcan en aspectos generales relacionados a cómo Uruguay había manejado la pandemia hasta este momento, sus características y recursos, y a aspectos particulares de la gestión del Hospital.

En cuanto a los aspectos generales, el cumplimiento de la población a las disposiciones sanitarias decretadas por el gobierno, la poca densidad de población, la detección de focos, su testeado inmediato y puesta en cuarentena a los contactos, y la estructura del sistema de salud, había permitido que la pandemia por coronavirus hasta julio de 2020 había podido ser controlada. A su vez, desde marzo a esa fecha, el mes de junio (mes en que se realizó la evaluación) fue el mes de menor cantidad de casos (Sistema Nacional de Emergencias del Uruguay, 2020a). En cuanto a los aspectos particulares del Hospital, desde marzo se venía preparando para la emergencia, esperando recibir un influjo importante de pacientes COVID-19, lo que implicó realizar remodelaciones edilicias, redistribución de roles, incorporación de equipamiento, adiestramiento del personal y adecuación de protocolos. En esta línea se enmarcó la solicitud de apoyo del equipo de intervenciones institucionales del SAPP. El Hospital se preparaba para recibir una “ola” de pacientes tal como estaba sucediendo en el mundo y en países vecinos, situación que no había sucedido aún. En el momento de realizar la evaluación no había pacientes positivos COVID-19 en el hospital.

ENFOQUE MIXTO. ÉNFASIS CUALITATIVO

El encargo inicial tenía que ver con la preocupación de la Dirección del Hospital referido a “la necesidad de apoyo a los equipos de salud que trabajan en contacto directo con los pacientes COVID-19, debido al estrés en el que se encuentran”. Sin embargo en la co-construcción de la demanda aparecen dos problemáticas. Respecto a la primera, referidas a los problemas de comunicación interna, especialmente entre la Dirección y mandos medios, la intervención mediante grupos de reflexión permitió abrir canales de comunicación y poder expresar diferencias. Esto permitió estar en un “escenario que había cambiado” y que habían” disminuido los problemas vinculares”, enfocándose en una “preocupación mayor” la de contar con “recursos humanos suficientes”.

Tanto Bion (1962, pp. 115–155) como Pichón Riviére (1997, pp. 33–40) plantean que los grupos en ocasiones se estancan en momentos emocionales a los que Bion llama supuestos básicos. Estos supuestos básicos no permiten el desarrollo de la tarea, no permiten que se desarrolle el “grupo de trabajo”. La intervención ha permitido que tanto la Dirección como los mandos medios pudieran ir transitando hacia el “grupo de trabajo” enfocándose en una “preocupación mayor”, la de contar con “recursos humanos suficientes”.

Respecto a la segunda problemática principal que se expresa en la co-construcción de la demanda, se refería a que si bien en diferentes espacios aparece una preocupación por el estrés del personal que trabaja en primera línea (emergencia, cuidados intermedios e intensivos) con pacientes COVID-19, llamó la atención la poca concurrencia a la convocatoria de los representantes del personal de enfermería de cada servicio en las instancias correspondientes. La evaluación cuantitativa confirma que en este momento de la pandemia no hay niveles elevados de estrés y de sintomatología. Probablemente los aspectos emocionales tengan que ver con los niveles de ansiedad preparatoria relacionado al miedo a lo que vendrá, y estar preparados para ello, tal como lo muestra la evaluación cualitativa en la segunda fase, en donde “el aumento de la carga de trabajo es inherente a la preparación para lo que se va a venir (atención de la primera ola de pacientes COVID)”.

Esto es congruente con que en Julio de 2020, aún no había llegado la primera ola de la pandemia a Uruguay, a su vez las investigaciones mostraron que en la primera ola los niveles depresión, ansiedad y estrés son menores significativamente que los reportados en las siguientes olas. (Gündoğmuş et al., 2021; Jiang et al., 2023)

CONCLUSIONES

La presentación de esta experiencia pretende dar cuenta de la relevancia de la intervención institucional como dispositivo. Se partió de un encargo de la Dirección del Hospital. Se co- construyó la demanda en forma colectiva, lo que dio lugar al abordaje de las dificultades de relacionamiento entre los colectivos de mayor jerarquía, lo que tuvo un impacto en todo el Hospital. La preocupación por la salud mental de los colectivos involucrados dió lugar a una evaluación cuantitativa referida a los niveles de estrés y sintomatología psicopatológica del personal del hospital.

Se concluye que los resultados de la evaluación reflejan también los modos de la Institución de gestión de la crisis. Resalta la importancia de preparar a los equipos de salud ante situaciones de emergencia. Dicha preparación ocurre en diferentes niveles: interinstitucional y estatal, con el desarrollo de políticas preventivas y asistenciales; intrahospitalaria, incluyendo la implementación de estrategias de trabajo institucional con los equipos de salud. Estas últimas fueron promovidas desde la Dirección del Hospital, posibilitando el autoanálisis, la escucha mutua y la participación activa.

La sistematización de esta experiencia y la utilización de técnicas pertinentes teniendo en cuenta la dimensión institucional y su dinámica (Lapassade, 1999, p. 15) han permitido desarrollar dispositivos para mejorar la comunicación interna y el relacionamiento. Se concluye la relevancia de este tipo de intervenciones en instituciones de salud, y la importancia de ser realizadas por un equipo de intervención externo a la institución (González, 2002; Lourau, 1975; Manero, 1990).

REFERENCIAS

- Añon, G., Baez, G., Barrale, P., Bogliacino, V., Escudero, E., Estévez, G., González, C., & Pereira, C. (2012). Incidencia del Síndrome de Burn Out en un Hospital Público de Montevideo. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2(1), 130–148.
- Asamblea General de la República Oriental del Uruguay. (2007). *Sistema Nacional Integrado de Salud* (ley 18211). <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp9626206.htm>
- Aymerich, C., Pedruzo, B., Pérez, J. L., Laborda, M., Herrero, J., Blanco, J., Mancebo, G., Andrés, L., Estévez, O., Fernandez, M., Salazar de Pablo, G., Catalan, A., & González-Torres, M. Á. (2022). COVID-19 pandemic effects on health worker's mental health: Systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 65(1). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.1>
- Barembliitt, G. (1992). *Compendio de análisis institucional : y otras corrientes. Teoría y práctica*. Ediciones madres de plaza de mayo.
- Bion, W. (1962). *Experiencias en grupos*. Paidós.
- Cañadas-de-la-Fuente, G., Ortega, E., Ramirez-Baena, L., De-la-Fuente-Solana, E., Vargas, C., & Gómez-Urquiza, J.-L. (2018). Gender, marital status, and children as risk factors for burnout in nurses: A meta-analytic study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10). <https://doi.org/10.3390/ijerph15102102>
- Cañadas, G., Luis, C., Lozano, L.-M., Vargas, C., García, I., & De-la-Fuente, E. (2014). Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(1), 44–52. [https://doi.org/10.1016/S0120-0534\(14\)70005-6](https://doi.org/10.1016/S0120-0534(14)70005-6)
- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., He, L., Sheng, C., Cai, Y., Li, X., Wang, J., & Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The 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)
- Coimbra, B. M., Zylberstajn, C., van Zuiden, M., Hoeboer, C. M., Mello, A. F., Mello, M. F., & Olf, M. (2024). Moral injury and mental health among health-care workers during the COVID-19 pandemic: meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1). <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2299659>
- González-Cruzado, A. (2009). Experiencia grupal en trastornos de alimentación empleando la técnica de Fotolenguaje®. *Revista Da SPAGESP*, 10(2), 4–10. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702009000200002
- González, F. M. (2002). Análisis institucional y socioanálisis. *Tramas Subjetividad y Procesos Sociales UNAM*, 18, 51–72.
- Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., & Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 368(March), m1211. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1211>
- Gündoğmuş, İ., Ünsal, C., Bolu, A., Takmaz, T., Ökten, S. B., Aydın, M. B., Uçar, H., Gündüz, A., & Kul, A. T. (2021). The comparison of anxiety, depression and stress symptoms levels of healthcare workers between the first and second COVID-19 peaks. *Psychiatry Research*, 301(April). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113976>
- Hill, J. E., Harris, C., Danielle L., C., Boland, P., Doherty, A. J., Benedetto, V., Gita, B. E., & Clegg, A. J. (2022). The prevalence of mental health conditions in healthcare workers during and after a pandemic: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 78(6), 1551–1573. <https://doi.org/10.1111/jan.15175>
- Jiang, C., Jiang, W., Yue, Y., Li, L., Sun, T., Chen, G., Xu, W., Shah, S. M., Liu, X., Chen, S., Xin, X., Wang, T., Xu, Z., Wu, A., Shen, X., Chen, J., Ding, R., & Yuan, Y. (2023). The trends of psychosomatic symptoms and perceived stress among healthcare workers during the COVID-19 pandemic in China: Four cross-sectional nationwide surveys, 2020–2023. *Psychiatry Research*, 326(February), 115301. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115301>
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., Wang, Y., Hu, J., Lai, J., Ma, X., Chen, J., Guan, L., Wang, G., Ma, H., & Liu, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), e14. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X)
- Lapassade, G. (1999). *Grupos, organizaciones e instituciones*, Gedisa. Gedisa.
- Li, Y., Scherer, N., Felix, L., & Kuper, H. (2021). Prevalence of depression, anxiety and posttraumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-Analysis. *PLoS ONE*, 16(3 March), 1–19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246454>
- Li, Z., Ge, J., Yang, M., Feng, J., Qiao, M., Jiang, R., Bi, J., Zhan, G., Xu, X., Wang, L., Zhou, Q., Zhou, C., Pan, Y., Liu, S., Zhang, H., Yang, J., Zhu, B., Hu, Y., Hashimoto, K., ... Yang, C. (2020). Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain, Behavior, and Immunity*, March, 0–1. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.007>
- Lourau, R. (1975). *El análisis institucional*. Amorrortu.
- Manero, R. (1990). Introducción al análisis Institucional. *Tramas, Subjetividad y Procesos Sociales*, 1, 121–157.

- Molero Jurado, M. D. M., Pérez-Fuentes, M. D. C., Gázquez Linares, J. J. G., Simón Márquez, M. D. M., & Martos Martínez, Á. (2018). Burnout Risk and Protection Factors in Certified Nursing Aides. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph15061116>
- Montero, J., García Campayo, J., & Andrés, E. (2009). Validez factorial de la estructura del cuestionario breve de Burnout (CBB) en una muestra de docentes en Aragón. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(2), 123–132. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.14.num.2.2009.4071>
- Moreno-Jiménez, B., Yeo-ayala, M.-C., & Fresán-Orellana, A. (2020). An exploration of key issues and potential solutions that impact physician wellbeing and professional fulfillment at an academic center. *Salud Mental*, 45(5), 191–193. <https://doi.org/10.7717/peerj.1783>
- Observatorio Territorio Uruguay. (2011). *Densidad de Población*. https://otu.opp.gub.uy/?q=listados/listados_datos_formato&id=1319&cant=0&fecha=2011-01-01
- Paredes, O., & Sanabria-Ferrand, P. (2008). Prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Revista Med*, 16(1), 25–32.
- Pérez-Fuentes, M. D. C., Jurado, M. D. M., Martínez, Á. M., & Linares, J. J. G. (2018). New burnout evaluation model based on the brief burnout questionnaire: Psychometric properties for nursing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12). <https://doi.org/10.3390/ijerph15122718>
- Poder Ejecutivo de la República Oriental del Uruguay. (2020). *Decreto Nro 93/20. Declaración del estado de emergencia nacional sanitaria como consecuencia de la pandemia originada por el virus COVID-19 (Coronavirus)*. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/93-2020>
- Pichon-Riviére, E. (1997). *El Proceso Grupal*. Nueva Visión.
- Roger, M. C., Abalo, J. G., Guerra, M. E., & Pérez, C. M. (2013). Afrontamientos y emociones en profesionales de enfermería oncológica con síndrome de desgaste profesional. *Psicología y Salud*, 16(2), 115–128.
- Roy, A., Singh, A. K., Mishra, S., Chinnadurai, A., Mitra, A., & Bakshi, O. (2021). Mental health implications of COVID-19 pandemic and its response in India. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(5), 587–600. <https://doi.org/10.1177/0020764020950769>
- Selvatici, M. R., & Ravenna-Selvatici, M. (2008). Grupos de reflexión en organizaciones laborales. *Vínculo - Revista Do NESME*, 5(2), 101–116. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139412685002>
- Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>
- Sistema Nacional de Emergencias del Uruguay. (2020a). *Informe de situación sobre coronavirus COVID-19 en Uruguay 14 de octubre*.
- Sistema Nacional de Emergencias del Uruguay. (2020b). *Informe de situación sobre coronavirus COVID-19 en Uruguay 18 de Junio*.
- Torales, J., Higgins, M. O., Castaldelli-maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 00(0), 1–4. <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>
- Torous, J., Jän Myrick, K., Rauseo-Ricupero, N., & Firth, J. (2020). Digital Mental Health and COVID-19: Using Technology Today to Accelerate the Curve on Access and Quality Tomorrow. *JMIR Mental Health*, 7(3), e18848. <https://doi.org/10.2196/18848>
- Urzúa, A., Vera-Villaruel, P., Caqueo-Urizar, A., & Polanco-Carrasco, R. (2020). La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Terapia Psicológica*, 38(1), 103–118. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082020000100103>
- Valdivieso Romero, J. F., Amador Romero, F. J., Gómez Hernández, L., & Hernández de la Cantera, D. (2016). Síndrome de Burnout en Enfermeros que laboran en las Unidades de Cuidados Intensivos, Intermedios y Coronarios del Hospital “Joaquín Albarrán.” *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 17(4), 3–11.
- von Bergen, A., & de la Parra, G. (2002). OQ-45.2, Cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia: Adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Terapia Psicológica*. <https://psycnet.apa.org/record/2004-12500-007>
- World Health Organization. (2020a). Mental Health and Psychosocial Considerations During COVID-19 Outbreak. In *World Health Organization* (Issue March).
- World Health Organization. (2020b). *Nuevo coronavirus 2019. Brote de Enfermedad Por Coronavirus (COVID-19)*. <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
- World Health Organization. (2020c). *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int/>