

Curso 2020 / 2021

Participación en la Beca de Colaboración Ikasiker con el Grupo GICCAS:

Los profesionales sanitarios como segundas víctimas de la COVID-19.

Daniela Bustos Valens

RESUMEN

Introducción. Este trabajo se enmarca dentro de la beca Ikerbasque de colaboración a través del Grupo de Investigación de Ciencias Criminológicas (GICCAS) del Instituto Vasco de Criminología (IVAC/KREI). A raíz del desarrollo de la pandemia por COVID-19, se vienen dando circunstancias que vulneran el bienestar de los trabajadores sanitarios y que pone de manifiesto la responsabilidad de las organizaciones sanitarias para con ellos. Siendo esto así, ¿sería correcto referirse a los profesionales sanitarios como víctimas?

Objetivo. La colaboración se desarrollará a través de actividades para, además de un acercamiento al mundo de la investigación, analizar si los profesionales sanitarios pueden considerarse víctimas de la pandemia como un suceso traumático y cómo las organizaciones sanitarias han podido influir en la victimización. Además, se plantearán sistemas alternativos en la resolución de conflictos consecuentes a una defectuosa atención sanitaria.

Actividades y resultados. Esta crisis sanitaria ha traído consigo diferentes conflictos bioéticos. La pandemia de COVID-19 es un suceso traumático y como tal, produce víctimas. Los profesionales sanitarios, especialmente las mujeres enfermeras en primera línea, son víctimas del suceso con grandes consecuencias en su bienestar físico, emocional y laboral que ponen en peligro la seguridad de los pacientes. Las organizaciones sanitarias han contribuido a esa victimización, sin embargo, existen planes estratégicos tanto a nivel organizacional como desde la justicia restaurativa para paliar estos conflictos.

Práctica reflexiva. La participación en este proyecto ha supuesto una experiencia de aprendizaje que ha conseguido reafirmarme en el interés por la investigación. Además, me ha servido para valorar la importancia de la implicación de las organizaciones sanitarias para con el bienestar psicológico de los profesionales sanitarios y analizar la relación existente entre un suceso traumático como la pandemia y el malestar emocional, como el trauma vicario o burnout, en la definición de víctima.

Palabras clave. COVID-19, víctimas, hecho traumático, salud mental y profesionales sanitarios.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Marco de la colaboración	1
1.2. Justificación del tema	2
2. OBJETIVOS	4
2.1. Conforme a la línea de investigación	4
2.2. Con respecto a la gestión de actividades investigadoras	4
3. ACTIVIDADES Y RESULTADOS	5
3.1. ACTIVIDADES REALIZADAS	5
3.1.1. Beca IKASIKER.....	5
3.1.2. Grupo GICCAS	5
3.2. RESULTADOS ASOCIADOS A LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN DEL GICCAS	8
3.2.1. La atención sanitaria en el contexto de la pandemia COVID-19	8
3.2.2. Las víctimas de la pandemia como suceso traumático en la atención sanitaria	10
3.2.3. Las condiciones organizacionales y su contribución en la victimización	16
3.2.4. Sistemas alternativos en la resolución de conflictos consecuentes a una defectuosa atención sanitaria	20
4. PRÁCTICA REFLEXIVA	24
5. BIBLIOGRAFÍA	28
6. ANEXOS	36
ANEXO 1: Línea del tiempo del desarrollo de la pandemia por COVID-19.....	36
ANEXO 2: Cronología del Estado de Alarma.....	37
ANEXO 3: Formulario de aceptación en centro o grupo de investigación.....	38
ANEXO 4: Proyecto de colaboración razonado y debidamente avalado por el grupo o	

centro de investigación receptor	39
ANEXO 5: Formulario de aceptación en el grupo de investigación	42
ANEXO 6: Seguimiento del proyecto de colaboración.....	43
ANEXO 7: Certificado de asistencia a la 4ª Conferencia Internacional del NKL sobre “Vida, conocimiento y democracia durante la COVID-19.....	44
ANEXO 8: Certificado de asistencia al Seminario Permanente de Investigación del IVAC/KREI	45
ANEXO 9: Certificado de realización de actividad de difusión sobre el TFG en el C.S Zarautz.....	46
ANEXO 10: Cronograma de actividades.	47
ANEXO 11: Tabla resumen de situaciones problema del grupo de trabajo de SER+ Contra COVID-19 durante la pandemia.	48
ANEXO 12: Posibles acciones para favorecer el reconocimiento del trabajo de los profesionales sanitarios.....	53
ANEXO 13: Posibles acciones para favorecer una buena comunicación en las organizaciones sanitarias.	53
ANEXO 14: Modelo de comunicación entre pares o modelo demanda-control.....	54
ANEXO 15: Posibles acciones preventivas recomendadas por el INSST.....	55

ÍNDICE DE TABLAS E ILUSTRACIONES

Tabla 1: Reacciones posibles en situaciones de estrés intenso como la pandemia de COVID-19.	13
Tabla 2: Factores protectores y negativos para la salud mental de los profesionales sanitarios durante una crisis de enfermedad infecciosa.....	17
Tabla 3: Problemas relacionados con la organización y recursos humanos y materiales.	18
Ilustración 1: Cultura de la seguridad psicológica en las organizaciones sanitarias.....	22
Ilustración 2: Esquema de relación del concepto de víctima y el criterio de vulnerabilidad con la pandemia y sus consecuencias en el bienestar psicológico de los profesionales sanitarios.	25

1. INTRODUCCIÓN

1.1. MARCO DE LA COLABORACIÓN

El siguiente trabajo se enmarca en un proyecto de colaboración dentro de la beca Ikasiker del Gobierno Vasco. Las becas Ikasiker de colaboración están “destinadas al alumnado universitario que acredite buenos expedientes académicos y deseen prestar su colaboración en centros docentes o de investigación en régimen de compatibilidad con sus estudios, iniciándose así en tareas de investigación directamente vinculadas a los estudios que vienen cursando”. (1) En este caso, la colaboración se lleva a cabo dentro del marco de investigación del grupo GICCAS (Grupo de investigación en Ciencias Criminológicas), dirigido por el Prof. De la Cuesta Arzamendi, Catedrático de Derecho Penal y director del Instituto Vasco de Criminología/Kriminologiaren Euskal Institutoa (IVAC/KREI).

La línea de investigación del grupo pretende “articular protocolos de actuación y evaluación, resultado de la investigación interna y comparada, para un efectivo cumplimiento de la Ley del Estatuto de la Víctima, único texto legal con una referencia expresa a la justicia restaurativa, de forma que se pueda analizar el impacto de esta norma en la cultura profesional y en el sistema penal, diferenciando distintos operadores jurídicos. Es en esta última aproximación temática, la que sustenta la beca de colaboración. Esto es, una defectuosa asistencia sanitaria, más allá del concreto hecho generador del daño trae ruptura de relaciones sociales y numerosas víctimas: los pacientes y usuarios, los profesionales sanitarios y la organización sanitaria. Es en esta conflictividad asistencial donde la justicia restaurativa tiene mayor protagonismo para resarcir a la víctima de una asistencia sanitaria defectuosa. Este enfoque tiene mayor relevancia en la actual situación de pandemia provocada por la COVID-19”. Hecho traumático del que estamos siendo testigos de su impacto en la atención sanitaria y sus consecuencias, con especial referencia a las numerosas víctimas que está ocasionando y que representa un reto que exige nuevas respuestas desde la práctica de la justicia restaurativa, cuando no terapéutica.

Esta línea de investigación se vincula en este trabajo con la asignatura de Antropología, ética y legislación del Grado en Enfermería, la cual tiene una carga lectiva de 6 créditos ECTS en el 1º curso del Grado. La competencia de esta materia que se relaciona con el proyecto es “Analizar situaciones de la práctica profesional valorando implicaciones y consecuencias éticas y legales de las actuaciones de la enfermera, garantizando los derechos de las personas”.

Tras plantearse la posibilidad de emplear los resultados de la colaboración en la elaboración del Trabajo Fin de Grado (TFG), se ha decidido realizar una tipología concreta de TFG llamada “*Proyectos innovadores en enfermería y aprendizaje reflexivo*”.

1.2. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

El SARS-CoV-2 es el agente causante de la pandemia global que a día de hoy está siendo una de las crisis más importantes de nuestra historia desde el punto de vista sanitario, social y económico. (2)

Todo comenzó un 31 de diciembre de 2019 en un mercado mayorista de marisco, pescado y animales vivos en la ciudad de Wuhan (provincia de Hubei, China) donde se reportan 27 casos por neumonía de etiología desconocida. Será el 30 de enero de 2020, tras la dispersión del virus en diferentes países, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) declare el “estado de emergencia sanitaria internacional” hasta que finalmente declara la pandemia por el virus SARS-CoV-2 con carácter internacional. (2–4)

Cuando el número de casos en España comienza a aumentar de manera exponencial, el Gobierno se ve obligado a declarar un Estado de Alarma en todo el territorio comenzando así con el confinamiento a nivel nacional. Cuando parecía que el Plan de desescalada a finales de abril estaba consiguiendo un descenso en la incidencia diaria de los contagios por coronavirus, comienza un segundo período en la evolución del virus con un aumento de casos provocando que el Gobierno decida declarar nuevamente el estado de alarma nacional hasta el 9 de mayo de 2021. (5) (Ver [Anexo 1](#) y [2](#))

Como se ha comentado anteriormente, una pandemia mundial de estas características y que ha obligado a tomar decisiones de gran calado, tiene importantes consecuencias. Por un lado, en los ámbitos económico, social y de salud pública y, por el otro, tanto a nivel comunitario como individual. Ante estos constantes cambios y una sensación global de incertidumbre, la salud mental de la población se ve comprometida, destacando al colectivo de profesionales sanitarios y todos aquellos trabajando en primera línea de defensa contra el virus. De hecho, como se ha visto en anteriores epidemias, el agotamiento físico y mental, miedo, trastornos de las emociones, alteraciones del sueño y altos niveles de ansiedad, depresión e incluso estrés postraumático, son secuelas con las que estos profesionales deben convivir. (6)

A raíz de la colaboración con el GICCAS, surge la siguiente pregunta respecto a la atención sanitaria: ¿sería correcto afirmar que los profesionales sanitarios son víctimas? Para responder a esta cuestión, se analizarán aquellos conceptos de “víctima” cuya definición no dependa exclusivamente de la existencia de un delito. Por lo que, es desde la perspectiva de la victimología que se acerca a la consideración de víctima en relación a un suceso o hecho traumático, y desde una perspectiva de la vulnerabilidad como pertenencia a un grupo de riesgo, desde donde este trabajo pretende plasmar cómo la pandemia por COVID-19 ha dejado víctimas, tanto primarias como secundarias y cómo los profesionales sanitarios y demás profesiones que han estado en primera línea, pertenecen a ese grupo de segundas víctimas. Además, se analizarán las condiciones organizacionales que han podido influir en esa victimización y se plantearán sistemas alternativos en la resolución de conflictos consecuentes a una defectuosa atención sanitaria.

2. OBJETIVOS

2.1. Conforme a la línea de investigación

Mediante la participación en el GICCAS, se desarrollará la colaboración en tareas que se organizarán en la descripción de la atención sanitaria en el actual contexto de pandemia, analizando la tipología de las víctimas de un suceso traumático, valorando las condiciones organizacionales en las que se está atendiendo e indagando la posibilidad de formas alternativas o complementarias de resolver los conflictos sanitarios.

Esto es,

- Describir la atención sanitaria en el contexto de la pandemia COVID-19.
- Analizar las víctimas de un suceso traumático como las ocasionadas por la pandemia COVID-19 en la atención sanitaria.
- Valorar la contribución de las condiciones organizacionales en la victimización.
- Analizar sistemas alternativos en la resolución de conflictos consecuentes a una defectuosa atención sanitaria.

2.2. Con respecto a la gestión de actividades investigadoras

- Participar en las actividades de gestión/evaluación/difusión durante el desarrollo del proyecto.
 - Preparación de un artículo científico.
 - Colaboración en tareas de investigación del Prof. José Luis de la Cuesta Arzamendi.
 - Realizar un cronograma de actividades.
 - Visita al IVAC-KREI y reunión con el investigador principal.
 - Asistir a algún seminario de investigación organizado por el Instituto Vasco de Criminología.
- Exponer la información recogida y los resultados obtenidos.
- Realizar una reflexión personal sobre la participación en el proyecto.

3. ACTIVIDADES Y RESULTADOS

3.1. ACTIVIDADES REALIZADAS

A continuación, se exponen las diferentes actividades llevadas a cabo durante la elaboración del trabajo en relación a la beca de colaboración Ikasiker y el grupo GICCAS.

3.1.1. Beca IKASIKER

3.1.1.1. Solicitud y aportación de documentación

Una vez revisados los requisitos de solicitud de la beca se aportaron los documentos para su solicitud el 25 de octubre de 2020:

- Empadronamiento en la Comunidad del País Vasco
- Titularidad de la cuenta bancaria
- Formulario de aceptación en centro o grupo de investigación ([Ver Anexo 3](#))
- Proyecto de colaboración razonado y debidamente avalado por el grupo o centro de investigación receptor ([Ver Anexo 4](#))

3.1.1.2. Planificación de documentos de seguimiento y justificación de la beca.

Una vez iniciada la colaboración, se presentó un formulario de certificación de incorporación al grupo o centro de investigación, firmado por el investigador principal Jose Luis de la Cuesta Arzamendi antes del 8 de febrero de 2021. ([Ver Anexo 5](#)).

Además, se presentará un documento acreditativo del seguimiento realizado trimestral con el grado de consecución de las tareas y los objetivos planteados del proyecto a lo largo del mes siguiente a la finalización de la colaboración. ([Ver Anexo 6](#))

3.1.2. Grupo GICCAS

3.1.2.1. Búsqueda en relación a la línea de investigación de los autores del grupo de investigación GICCAS y colaboradores del postgrado de víctimas traumáticas del curso académico 2020-2021.

Para dar respuesta a los objetivos de la línea de investigación del GICCAS, se ha realizado una búsqueda bibliográfica de la producción científica de los investigadores, completada con información de otras bases de datos a través de una búsqueda o facilitada por los

autores del grupo de investigación. Debido a que la pandemia de la COVID-19 sigue siendo una crisis sanitaria en el momento de la elaboración de este trabajo, la metodología empleada para completar la búsqueda se ha basado en búsquedas realizadas en páginas web oficiales de diferentes instituciones (OMS, Ministerio de Sanidad de España, Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades, colegios oficiales o Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, entre otros); medios de comunicación como Diario Médico, textos legales, y literatura científica en bases de datos como PubMed, o Science Direct, para cuya búsqueda se han empleado palabras clave como “COVID-19”, “víctimas”, “trauma vicario”, “hecho traumático”, “salud mental” y “organizaciones sanitarias”. En la elección de los artículos se ha tenido en cuenta la pirámide de calidad de la evidencia y se ha usado como filtro el idioma, pues se han elegido aquellos escritos en inglés y español.

3.1.2.2. 4º Conferencia Anual de Navigating Knowledge Landscapes (NKL) sobre “Vida, conocimiento y democracia durante la COVID-19”

El 7 de diciembre de 2020 se asistió a la 4º Conferencia Anual de Navigating Knowledge Landscapes (NKL) sobre “Vida, conocimiento y democracia durante la COVID-19” para una aproximación a los grupos de trabajo interdisciplinarios de diferentes universidades. ([Ver Anexo 7](#))

- Salud y COVID-19. Reflexiones legales y éticas
- COVID-19 y la protección de datos personales
- Ideas y reflexiones sobre los certificados de inmunidad
- Impacto de la COVID-19 en la vida y los procesos de digitalización en Ucrania
- Aspectos digitales de la COVID-19
- Nuevos modelos de la abiertos de innovación en biomedicina para la COVID-19
- Retos y oportunidades de la pandemia de COVID-19

3.1.2.3. Seminario Permanente de Investigación del IVAC/KREI

El 26 de febrero de 2021 se asistió a uno de los seminarios permanentes de Investigación del IVAC/KREI de forma telemática donde las autoras explicaron su trayectoria investigadora y el proceso para realizar su tesis doctoral, además de exponer sus trabajos ante Jose Luis de la Cuesta y Virginia Mayordomo, entre otros. ([Ver Anexo 8](#)). Los temas fueron:

- Política criminal y sistema penal: gerencialismo y actuarialismo punitivo.
- Injusticia epistémica en la justicia restaurativa: un reto en el proceso de comunicación entre las partes en conflicto.

3.1.2.4. Actividad de difusión del Trabajo Fin de Grado en el Centro de Salud de Zarautz

Durante las prácticas clínicas del Practicum V(A), el 1 de marzo de 2021, se llevó a cabo una presentación sobre este proyecto de colaboración en el C.S de Zarautz con el objetivo de difusión del proyecto y las becas Ikasiker de colaboración. ([Ver Anexo 9](#))

3.1.2.5. Reunión con Jose Luis de la Cuesta Arzamendi e Isabel Trespaderne en el IVAC/KREI

El 21 de abril de 2021 se realizó una reunión en el IVAC/KREI con Jose Luis de la Cuesta e Isabel Trespaderne con el objetivo de conocer al investigador principal (IP) del proyecto de colaboración, así como para presentar el trabajo realizado y conocer la opinión del IP sobre el mismo a través de la perspectiva de la victimología.

3.1.2.6. Realización de un cronograma de actividades

Las actividades mencionadas anteriormente se han recogido en un cronograma a lo largo de la realización de las mismas junto con las fechas relacionadas con reuniones del TFG con el objetivo de organizar la elaboración de este trabajo. ([Anexo 10](#))

3.2. RESULTADOS ASOCIADOS A LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN DEL GICCAS

3.2.1. La atención sanitaria en el contexto de la pandemia COVID-19

El Sistema Nacional de Salud (SNS) español viene recogido en la Ley 14/1986, 25 de abril, General de Sanidad (LGS), la cual trajo consigo la universalización de la atención sanitaria. La LGS tiene como objeto hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución. Entre los principios generales del SNS se encuentra la prestación de una atención integral de salud y una de sus características principales es optar por una organización para la promoción, prevención, curación y/o rehabilitación haciendo posible una sanidad universal, gratuita, justa, solidaria, equitativa, sostenible, de calidad, eficaz, eficiente y profesional. Asimismo, uno de los fines de la LGS es la protección de la salud mental y laboral. Por otro lado, Osakidetza/Sistema Vasco de Salud tiene como fin, entre otros, la mejora y desarrollo de competencias profesionales y su satisfacción. (7,8)

Minué S. en su análisis de la respuesta sanitaria del sistema sanitario español frente a la pandemia, (9) explica que ésta se centró en la atención hospitalaria, teniendo que aumentar los recursos hospitalarios, humanos y materiales. Señala que se reforzaron los servicios de urgencia a través de la redistribución de camas hospitalarias para atender a los pacientes con COVID-19 y se incrementaron las camas en las unidades de Cuidados Intensivos. Una vez que los centros hospitalarios se saturaron, como segunda medida organizativa, decidieron reconvertir en dispositivos hospitalarios otro tipo de instalaciones como son los polideportivos o centros de convenciones que tuvieran capacidad de albergar alrededor de 1000 a 2000 personas. (IFEMA en el caso de Madrid y la Fira en el caso de Barcelona), señala. “En el caso de IFEMA no pudieron dotarse las camas suficientes por no disponer de personal sanitario cualificado suficiente”. Indica que se tuvo que desplazar a médicos de familia y enfermeras desde la Atención Primaria, teniendo que cerrar más de la mitad de los centros de salud en el caso de Cataluña.

Consuegra-Fernández M. y Fernández-Trujillo A. (10) afirman que el impacto que ha tenido la emergencia global por la COVID-19 en el sistema sanitario ha trascendido a la atención asistencial de manera generalizada. Añaden que la limitación de personal, recursos materiales, así como la falta de medios y espacios de atención sanitarios han desplazado algunos derechos fundamentales individuales en favor del bienestar colectivo.

“Esta situación sin precedentes ha puesto de manifiesto una serie de necesidades hasta ahora ocultas que requieren ser tratadas con prioridad”, finalizan.

Bellver V. en su trabajo, (11) pone de manifiesto diferentes problemas bioéticos en la prestación de cuidados enfermeros durante la pandemia del COVID-19. Señala el conflicto entre el cuidado del paciente y el autocuidado de la enfermera, pues el código deontológico del consejo Internacional de Enfermería (CDCIE) dispone que “la responsabilidad profesional primordial de la enfermera será con las personas que necesiten cuidados de enfermería”. Pero, al mismo tiempo, ese mismo Código establece que “la enfermera mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados”. En situaciones de pandemia, los principios de cuidado integral del paciente y de cuidado personal entran en conflicto. Además, señala la dificultad de procurar a cada paciente unos cuidados de calidad y la priorización de recursos escasos para maximizar su utilidad, ya que el CDCIE señala que “la distribución de recursos se hará con equidad y prestando especial atención a los colectivos vulnerables”, y es que una pandemia como la actual alcanza a todo el sistema y repercute en la asistencia y cuidados de pacientes con otras patologías u otras necesidades. En relación a este asunto, la Comisión de Bioética de España (CBE) se hizo eco de este problema publicando un informe sobre la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus el 25 de marzo de 2020. (12)

Por otro lado, la CBE también ha puesto de manifiesto la existencia de vulneración de derechos del paciente durante la pandemia, entre los que se encuentran el derecho y deber de facilitar el acompañamiento y la asistencia espiritual a los pacientes con COVID-19 al final de sus vidas y en situaciones especiales de vulnerabilidad. (13) Además, Bellver V. (11) pone de manifiesto la vulneración del derecho a la intimidad y el derecho a unos cuidados personalizados y humanizados.

En el desarrollo de esta pandemia, numerosos medios de comunicación también se han hecho eco de diferentes problemas como la situación de los centros sociosanitarios (14), la falta de equipos de protección individual (15) y las condiciones laborales de los trabajadores sanitarios (16). Según datos del Ministerio de Sanidad, los casos confirmados en profesionales sanitarios suponen el 14% del total de personas infectadas.

(2)

3.2.2. Las víctimas de la pandemia como suceso traumático en la atención sanitaria

Según Trespaderne MI y Varona G. (17) un suceso traumático se define como un “hecho inesperado o incontrolable que lesiona o pone gravemente en peligro el bienestar de una persona, provocando secuelas psicológicas que pueden incluir síntomas de ansiedad, agitación y/o re-experimentación del suceso”. La OMS señala que los sucesos traumáticos son frecuentes en la vida, siendo estos supuestos de guerras, víctimas de accidentes humanos (laborales, de tráfico, médicos, en el hogar, etc.), catástrofes naturales, suicidios e incluso enfermedades graves. (17,18) Por su parte, la Organización Panamericana de Salud (OPS) (19) se refiere a las epidemias a gran escala como catástrofes. Buitrago F et al. (20) afirman que la COVID-19 es una emergencia de salud pública de gran impacto internacional y que la aparición súbita de un fenómeno “inesperado”, de características poco conocidas y de evolución “imprevisible” y sin precedentes, supone un impacto emocional y cognitivo con capacidad de llevar a una reacción inicial generalizada de negación, típica en los primeros momentos de todo duelo o pérdida: “impacto y shock, con fuertes tendencias a la negación”. La Sociedad Vasca de Victimología (21) añade en su definición de suceso traumático que “desde una acepción amplia de la victimología, quien haya sufrido un suceso traumático puede considerarse víctima”.

La Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito (LEV) (22), es una disposición que vino a ofrecer desde los poderes públicos una respuesta “lo más amplia posible, no solo jurídica sino también social, a las víctimas, no solo reparadora del daño en el marco de un proceso penal, sino también minimizadora de otros efectos traumáticos en lo moral que su condición puede generar, todo ello con independencia de su situación procesal”. El Estatuto señala que la LEV pretende, partiendo del reconocimiento de la dignidad de las víctimas, “la defensa de sus bienes materiales, morales y con ello, los del conjunto de la sociedad”.

En la LEV (22) se diferencian dos tipos de víctima de un delito: directa e indirecta. Reconoce como víctima directa a “toda persona física que haya sufrido daño o perjuicio sobre su persona o patrimonio, especialmente lesiones físicas o psíquicas, daños emocionales o perjuicios económicos directamente causados por un delito”. En el caso de muerte o desaparición de la víctima directa, se refiere a víctima indirecta, siendo estas en

términos generales, su cónyuge y los hijos de la víctima, sus progenitores y parientes hasta el 3er grado que se encontraran bajo su guarda y personas sujetas a su tutela que se encontraran bajo su acogimiento familiar.

Varona G y Mayordomo V. (23) señalan que desde las ramas de la criminología y la victimología se han venido dando diferentes corrientes teóricas “para poder simplificar la realidad diversa y dinámica de los procesos de victimización y desvictimización”. Así, destacan a Mendelson y Dussich, teóricos de la victimología, quienes defienden que víctima es “toda persona que sufre un malestar emocional por un suceso traumático o por las consecuencias de una agresión injusta, intencionada o no, sea de carácter físico, material o emocional”.

Varona G. y Mayordomo V. mencionan, además, el criterio de la vulnerabilidad para la clasificación de víctimas. Subrayan que, en la victimología actual, el concepto de vulnerabilidad se identifica con la pertenencia a un colectivo de riesgo. (23) Según el Observatorio de la Vulnerabilidad Urbana del Ministerio de Fomento del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas se entiende como vulnerabilidad al “estado de alta exposición a ciertos riesgos e incertidumbres, en combinación con una habilidad reducida para protegerse uno mismo contra aquellos riesgos e incertidumbres y hacer frente a sus consecuencias negativas”. (23)

En la atención sanitaria, el concepto de “segunda víctima” fue empleado por primera vez en el año 2000 por Albert Wu en relación a las víctimas derivadas de los eventos adversos. (24) Se entiende como evento adverso (EA) “todo accidente imprevisto e inesperado, recogido en la historia clínica que ha causado lesión y/o incapacidad y/o prolongación de la estancia y/o *exitus*, que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad base del paciente” (25) En 2007, se definió el término de segunda víctima en relación al malestar emocional que llegan a experimentar los profesionales sanitarios al cuestionarse su participación en un incidente de seguridad que ha provocado un daño al paciente o bien cuando observa que el paciente a su cargo no evoluciona adecuadamente y se cuestiona sus decisiones y actuaciones. (24) En el fórum internacional de la Red Europea de Trabajo de Segundas Víctimas (ERNST, por sus siglas en inglés) (26) para el “estudio del fenómeno de las segundas víctimas”, se afirma que el malestar emocional de los profesionales, con independencia de su origen, supone un riesgo que afecta directamente

a la seguridad de los pacientes y a la calidad de la atención sanitaria que estos reciben. Así mismo, emplean el término “segundas víctimas” en el contexto de la pandemia por SARS-COV-2 para referirse a “todo profesional sanitario, o de apoyo, implicado en la atención a personas afectadas por COVID-19, que presenta respuestas de estrés agudo al verse sometido de manera continua a una situación extrema provocada por la combinación de una serie de factores críticos, entre los que se encuentran la alarma social, la sobresaturación de los servicios, la escasez de recursos y la evolución tórpida de los pacientes a su cargo”. (26)

En este sentido, Buitrago F. et al (20) señalan que la actual pandemia, a nivel psicológico, conlleva una gran irrupción de emociones que pueden evolucionar a trastorno mental en grupos de riesgo. En la siguiente tabla (tabla 1) se muestran las diferentes posibles reacciones en los profesionales sanitarios en situaciones de estrés intenso como la pandemia de la COVID-19.

Tabla 1: Reacciones posibles en situaciones de estrés intenso como la pandemia de COVID-19. Fuente: Sociedad Española de Psiquiatría. *Cuidando la salud mental del personal sanitario [monografía en internet]*. Madrid: SEP; 2020 [fecha de acceso: 18 Mar 2021]. Disponible en: <http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/SEP%20COVID19-Salud%20Mental%20personal%20sanitario.pdf>

<p>EMOCIONALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad - Impotencia - Frustración - Miedo - Culpa - Irritabilidad, ira - Tristeza - Anestesia emocional
<p>CONDUCTUALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hiperactividad - Aislamiento - Evitación de situaciones, personas o conflictos - Verborrea - Llanto incontrolado - Dificultad para el autocuidado y descanso - Dificultad para desconectar del trabajo
<p>COGNITIVAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Confusión o pensamientos contradictorios - Dificultades de concentración, para pensar de forma clara o para tomar decisiones - Dificultades de memoria - Pensamientos obsesivos y dudas - Pesadillas - Imágenes intrusivas - Fatiga por compasión - Negación - Sensación de irrealidad
<p>FÍSICAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades respiratorias: presión en el pecho, hiperventilación - Sudoración excesiva - Temblores - Cefaleas - Mareos - Molestias gastrointestinales - Contracturas musculares - Taquicardias - Parestesias - Agotamiento físico - Insomnio - Alteraciones del apetito

Danet A, (27) en una revisión sistemática sobre el impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental, reflejó niveles y variables de estrés, ansiedad, depresión, alteración del sueño y burnout en la población de profesionales sanitarios de diferentes países de Europa y EE.UU., con presencia de síntomas más frecuentes e intensos entre el personal de primera línea, así como entre las mujeres y la categoría de enfermería. En esta misma línea, el Laboratorio de Psicología del Trabajo y Estudios de la Seguridad de la Universidad Complutense de Madrid ha publicado los resultados de la investigación “Sanicovid-19: impacto emocional frente al trabajo por la pandemia del COVID-19 en personal sanitario”, (28) sobre profesionales de la Comunidad de Madrid. En los resultados alcanzados muestran que el 56,6% de los trabajadores y trabajadoras de la salud presentan síntomas de trastorno de estrés postraumático. El porcentaje que presenta un posible trastorno de ansiedad es del 58,6%, siendo grave en un 20,7% de los casos. Además, el 46% presenta un posible trastorno depresivo y el 41% se siente emocionalmente agotado. Otro estudio realizado en España (29) determinó que los profesionales sanitarios sufren niveles de medio a alto de fatiga por compasión (FC) y burnout (BO). Además, destacan que los profesionales que estaban en contacto directo con pacientes con COVID-19, tenían mayores niveles de FC, BO y estrés percibido (EP). A continuación, se encuentran las definiciones de estos conceptos que se describen en el citado estudio:

- Fatiga por compasión (FC): es el coste de preocuparse por los demás o su dolor emocional resultando del deseo de aliviar el sufrimiento en los demás.
- Burnout (BO): incluye cansancio emocional, despersonalización y falta de satisfacción profesional debido a una continua exposición a estresores ocupacionales.
- Satisfacción por compasión (SC): es un factor protector que los profesionales sanitarios experimentan cuando sienten que hacen bien su trabajo, tienen una buena relación con sus compañeros o cuando sienten que su trabajo tiene un valor social.
- Estrés percibido (EP): es el indicador de la Escala del Estrés Percibido que tiene como objetivo medir hasta qué punto las situaciones de la vida de una persona se valoran como estresantes. (30)

Trespaderne MI y Varona G. (17) señalan que existe cierta confusión con el uso de los términos de fatiga por compasión o estrés postraumático secundario y el trauma vicario. La primera vez que se usó el término de trauma vicario fue en 1996 por Saakvitne y Pearlman para referirse al fenómeno donde los psicoterapeutas se veían afectados involuntariamente por la interacción bidireccional en las consultas y entrevistas con pacientes con enfermedades mentales. (31)

En la FC se aprecia una sintomatología clínica propia del estrés postraumático, (17) mientras que en el trauma vicario se experimenta una “transformación en la experiencia interna de la persona, resultado de un compromiso empático con pacientes que han experimentado un trauma”. Los síntomas principales están relacionados con la parte cognitiva: identidad, perspectiva del mundo, espiritualidad, tolerancia afectiva, necesidades psicológicas fundamentales, pensamientos sobre sí mismo y los demás, relaciones interpersonales, imagen interior y presencia física en el mundo”. Pearlman y Saakvitne afirman que la exposición verbal al trauma cambia los esquemas cognitivos en relación a uno mismo y los demás en 5 áreas: confianza, seguridad, control, autoestima e intimidad. (32) El trauma vicario implica un proceso acumulativo (por el constante contacto con víctimas en su relación profesional) y transformador, pues conlleva cambios cognitivos y emocionales que interfieren en el bienestar y la confianza en los demás y en uno mismo ante la exigencia de ayudar a los demás. (17) En el caso de la pandemia por COVID-19, un estudio (31) ha reconocido que el contacto estrecho con pacientes con COVID-19 y la exposición directa al sufrimiento físico y psicológico de los pacientes, hace que sean especialmente las enfermeras de primera línea quienes más riesgo tienen de sufrir traumatización vicaria. Trespaderne MI y Varona G. (17) destacan que en ocasiones este trauma puede llevar al suicidio, baja o cese laboral, traslado o malas prácticas.

Por su parte, el síndrome de BO surge de manera gradual como respuesta a estresores interpersonales constantes en el trabajo y terminando en una sintomatología crónica de cansancio emocional, despersonalización y falta de satisfacción profesional. Este síndrome viene determinado por las condiciones organizacionales del lugar de trabajo. (17)

El Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo (INSST), señala que el desafío en esta crisis, teniendo en cuenta las consecuencias psicológicas y la experiencia acumulada en otras situaciones similares, se encuentra en la intervención más cercana posible a la crisis sanitaria, como acontecimiento traumático para reducir y controlar la aparición de síntomas agudos, evitando su cronificación.

3.2.3. Las condiciones organizacionales y su contribución en la victimización

Trespaderne MI (33) señala que “la asistencia sanitaria tiene lugar en organizaciones en las que se manifiestan actividades arriesgadas consecuentes a la complejidad de la realidad asistencial de las mismas, lo que da como resultado la caracterización de la asistencia sanitaria como actividad de riesgo”. Además, resalta las nuevas formas de gestión en la asistencia sanitaria a través de la adopción de herramientas y sistemas de gestión de la calidad para el aseguramiento de la calidad asistencial, así como el establecimiento de sistemas de gestión del riesgo, con la finalidad de prevenir errores y mejorar la seguridad de los pacientes. En la Ley General de Sanidad (7,33) se afirma que *“Los servicios sanitarios, así como los administrativos, económicos y cualesquiera otros que sean precisos para el funcionamiento del Sistema de Salud, adecuarán su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad”* (art. 7 LGS) y establece que la prestación de una atención de calidad ha de ser debidamente evaluada y controlada (art. 46.e LGS).

Como se ha mencionado anteriormente, el malestar emocional de los profesionales, con independencia de su origen, supone un riesgo que afecta directamente a la seguridad de los pacientes y a la calidad de la atención sanitaria que estos reciben. (26) En relación a esto, la OMS (34) considera “un imperativo moral” la creación de ambientes psicológicamente saludables que fomenten el bienestar de los trabajadores, mejorando así el rendimiento y la productividad de las organizaciones.

El INSST (35) destaca que un elemento clave para lograr una adecuada gestión preventiva de los riesgos psicosociales es el establecimiento de vínculos sólidos entre las instituciones y los profesionales que forman parte de ellas. Asimismo, clasifica los factores de riesgo psicosocial en dos grupos:

a) los relacionados con la organización, contenido y realización del trabajo (sobrecarga cuantitativa o cualitativa de la tarea, distribución del tiempo de trabajo y de los períodos de pausas y descansos, horario y turnos de trabajo, funciones y tareas, ritmo de trabajo, monotonía, autonomía, carga mental, formación, responsabilidad, desempeño de rol, comunicación en el trabajo, estilo de mando, participación en la toma de decisiones, condiciones laborales, posibilidad de desarrollo de la carrera profesional); y

b) aquellos relacionados con las interacciones humanas (relaciones interpersonales en el trabajo, con superiores, subordinados, compañeros, y/o con usuarios o clientes, y situaciones de acoso laboral). (36)

Con respecto a la situación extraordinaria de una pandemia, una revisión sistemática de 2018 (37) señala diferentes factores protectores y negativos sociales y ocupacionales en relación a las consecuencias psicológicas en los profesionales sanitarios (Ver tabla 2).

Tabla 2: Factores protectores y negativos para la salud mental de los profesionales sanitarios durante una crisis de enfermedad infecciosa. Fuente: Brooks SK, Dunn R, Amlôt R, Rubin GJ. A systematic, thematic review of social and occupational factors associated with psychological outcomes in healthcare employees during an infectious disease outbreak. Vol. 60, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2018. p. 248–57.

Factores protectores	Factores negativos
Formación especializada	Contacto directo con los pacientes
	Hacer cuarentena
Existencia de Protocolos de actuación previos	Habilidad reducida para hacer tu trabajo
	Falta de control en el trabajo
	Trabajo no voluntario
Buena red social y familiar	Sentimiento de vulnerabilidad
	Falta de seguridad en el trabajo
	Experiencias sociales negativas (rechazo, insulación o discriminación)

El grupo de trabajo SER + Contra COVID-19, miembros de la ERNST, (38) ha elaborado una tabla ([Ver Anexo 11](#)) donde se analizan las situaciones problemáticas en relación a la organización, recursos humanos y materiales; factores humanos; estresores ambientales y otros propios de la situación de crisis; reacciones de miedo o pánico; toma de decisiones críticas relativas a cuestiones asistenciales y post-crisis para “desarrollar un conjunto de recursos y contribuir a una respuesta a los problemas afectivos y de estrés agudo que sufren los profesionales sanitarios y los de apoyo a la labor asistencial”. No obstante, en la tabla 3 se describen únicamente los problemas relacionados con la organización y recursos humanos y materiales:

Tabla 3: Problemas relacionados con la organización y recursos humanos y materiales. *Fuente: Mira JJ, Cobos Á, Martínez O, Bueno MJ, Astier P, Pérez P, et al. Situaciones problema identificadas, necesidades generadas y recursos disponibles para una adecuada respuesta [monografía en Internet]. Valencia: Ser+ Contra COVID-19; 2020 [fecha de acceso: 29/3/2021]. Disponible en: <http://lcsi.umh.es/segvic/SituacionesproblemaNecesidadesRecursos.pdf>*

Estado de incertidumbre respecto a la situación provocada por la crisis del COVID-19

Trabajar en ámbitos asistenciales para las que no se ha recibido el entrenamiento oportuno bien por nueva contratación de personal o bien por traslado hacia ámbitos asistenciales de mayor complejidad

Cambios en las instrucciones sobre aspectos organizativos y sobre procedimientos sumadas a inconsistencias en la cadena de mando motivadas por los rápidos cambios que suceden

Escasez de material, según centros y servicios, para prestar atención adecuada y contar con protección ante el riesgo biológico (mascarillas, gafas, pruebas, etc.).

Reducción del recurso humano, por las bajas de profesionales con exposiciones de riesgo, lo que obliga a prolongar jornadas, aumentar frecuencia de turnos y reducir los tiempos de descanso físico y mental

Situaciones de trabajo exprés por bajas de compañeros en aislamiento domiciliario o por enfermar

Disolución de equipos de trabajo consolidados debido a la incorporación de nuevos profesionales

Conflictos en el equipo anteriores a la crisis que pueden aflorar como consecuencia del reparto de tareas en situaciones extremas

No poder ofrecer los niveles de calidad y de seguridad habituales a los pacientes por la presión del momento, la falta de materiales y la incertidumbre clínica.

En la revisión sistemática realizada sobre el impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental (27), refieren:

- “Pese a una identidad social y profesional basada en la experiencia y la preparación para sobrellevar exigencias emocionales y cognitivas intensas, la falta de información, previsión y protocolos estables de actuación, pudo conllevar desmotivación y problemas de salud mental, como mayor nivel de estrés, ansiedad o depresión”.
- “Otros autores asociaron el mayor impacto psicológico a las condiciones laborales (uso de equipos de protección, reorganización del espacio de trabajo, gestión de la escasez de recursos materiales y carga laboral, turnos extra y horarios más prolongados), aspectos sociales y familiares (distanciamiento social, miedo al contagio de seres queridos) y factores relacionados con los pacientes (alta tasa de mortalidad, contacto con el sufrimiento y la muerte, conflictos éticos”.

En nuestro entorno, el Consejo General de Enfermería exigía a través de una carta al Ministerio de Sanidad, la modificación del Documento técnico de prevención y control de la infección COVID-19 por recomendar el uso de mascarillas quirúrgicas para los profesionales que atienden a pacientes sospechosos o diagnosticados de COVID-19, a pesar de que la normativa nacional y europea vigente, la OMS y la evidencia científica establecía el uso de mascarillas autofiltrantes. (39) El 18 de febrero de 2021, el Tribunal Supremo apreció la vulneración de derechos fundamentales de los sanitarios de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud y la Ertzaintza por la falta de equipos de protección contra el COVID-19. (40)

Por otro lado, en diferentes Comunidades Autónomas, entraron en vigor decretos donde se regulaba la posibilidad a los órganos sanitarios de imponer al personal servicios extraordinarios que resultara imprescindible, la modificación de los regímenes de permisos, vacaciones y licencias u organizar la jornada de trabajo, régimen de turnos y trabajos. (41,42)

Todas las enfermeras gestoras de un artículo escrito por Marta Raurell-Torredà, presidenta de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC), coinciden en que se reclutaron para UCI enfermeras de quirófano y anestesia. Elena de la Vera, supervisora de la UCI cardiológica del hospital 12 de Octubre, añade que “para gestionar la falta de experiencia de estas enfermeras en la atención al paciente crítico, se

las formó con profesionales de la propia unidad, mientras realizaban también su trabajo diario, lo cual representaba una gran carga asistencial para ellas”.

El INSST afirma que muchas de las condiciones de trabajo que han dado lugar a estas situaciones de riesgo no se han podido prever ni controlar. En este contexto, señalan, “las instituciones pueden amortiguar y reducir sus efectos desarrollando acciones que permitan identificar las necesidades de las personas y adoptando medidas preventivas y de protección adaptadas”.

3.2.4. Sistemas alternativos en la resolución de conflictos consecuentes a una defectuosa atención sanitaria

Jose Joaquín Mira (Mira JJ), presidente de la Acción de la Costa del ERSNT y miembro del grupo de trabajo SER+ Contra COVID-19, afirma que “se debe cambiar algo en las estructuras organizacionales sanitarias porque se ha comprobado que, si hay una cultura de la seguridad y se atiende a las necesidades de los profesionales sanitarios, como es el caso de las segundas víctimas, los resultados en términos de seguridad de los pacientes son mejores”. (26) La OMS, en su Plan de acción Global de Seguridad del Paciente 2021-2030 (43) señala que “el desarrollo de una cultura de la seguridad es fundamental para cualquier esfuerzo sostenible de mejora de la seguridad del paciente. Las intervenciones políticas y legislativas podrían proporcionar un entorno propicio para ello. Pero, en última instancia, la cultura de la seguridad tiene que calar en las actitudes, creencias, valores, habilidades y prácticas del personal sanitario y de los gestores. Esta debe entrelazarse con la filosofía y la cultura general de la organización. Los países y las organizaciones pueden encontrar sus formas óptimas de lograr una cultura de la seguridad, aunque ciertos elementos siguen siendo indispensables: el compromiso del liderazgo, la transparencia, la apertura a la comunicación, el aprendizaje a partir de los errores y las mejores prácticas, y un equilibrio sensato entre la política de no culpabilidad y la responsabilidad son componentes indispensables para ello. No sólo es fundamental para reducir los daños a los pacientes, sino también para proporcionar un entorno de trabajo seguro al personal sanitario”.

En relación a ello, Mira JJ. habla del modelo de la Cuádruple Meta en las organizaciones sanitarias. Señala que el clima laboral, la cultura de seguridad, los estilos de liderazgo y el bienestar laboral, hacen que los profesionales se sientan identificados y comprometidos con sus tareas, lo que se traduce con mayor seguridad. (26,44) En este sentido, el profesor

Reinhard Strametz, (26) vicepresidente del ERSNT, recalca la idea de que "solo los trabajadores sanitarios seguros pueden tratar a los pacientes con seguridad".

Por su parte, el INNST destaca que un aspecto fundamental para la adecuada gestión de los riesgos psicosociales es la existencia de un fuerte compromiso de las gerencias y direcciones de los centros sanitarios con la salud psicosocial de sus empleados, basado en una política preventiva sólida e integrada en su sistema general de gestión. Por ello, ha realizado el documento "Trabajar en tiempos de COVID-19: Buenas prácticas de intervención psicosocial en centros sanitarios" (35).

En él destacan que el trabajador sanitario necesita sentirse integrado y participe en la empresa, y que su trabajo sea reconocido y valorado por la sociedad, siendo el reconocimiento a la labor del personal de centros sanitarios una necesidad. Sus recomendaciones generales son las siguientes: un reconocimiento a las personas involucradas en todos los niveles de acción, es decir, al personal de todas las categorías profesionales y de todos los niveles jerárquicos, independientemente de la actividad desarrollada durante la crisis o de su situación contractual posterior; implicar en las acciones a los profesionales de la cadena de mando, en especial los mandos intermedios, pues son quienes tienen una relación más próxima con la plantilla y quienes pueden trasladar los valores de la organización a las personas de forma más directa; promover el reconocimiento por parte de los usuarios; valorar la importancia de cada puesto de trabajo reforzando la necesidad de sus tareas y promoviendo el trabajo colaborativo.(35) ([Ver Anexo 12](#))

Asimismo, hacen hincapié en la escucha activa en las organizaciones en temas de información, comunicación y participación, pues señalan que son elementos a través de los cuales se transmite la importancia y valoración de la organización hacia sus empleados y que pueden convertirse en factores de riesgo psicosocial cuando son insuficientes o son gestionados inadecuadamente. En el caso de la crisis sanitaria, es importante que la información relevante esté disponible para el personal garantizando una comunicación clara y sin ambigüedades. Para ello, recomiendan ajustar el flujo de información y enriquecer su contenido; establecer procedimientos y canales específicos para la comunicación interna, tanto descendente como ascendente; crear una cultura de comunicación y transparencia que dé lugar a un clima favorable y abierto a la manifestación de opiniones y propuestas de mejora; tener en cuenta la opinión del

personal y promover su participación efectiva. (35) ([Ver Anexo 13](#))

El grupo de trabajo Ser + Contra COVID-19 plantea poner la atención en la seguridad psicológica y el apoyo por pares. (26) En cuanto a la seguridad psicológica destacan que la respuesta a los retos planteados por la pandemia de COVID-19 ha sido más eficiente en instituciones donde la cultura de seguridad promovía la capacidad de los clínicos para tomar decisiones y trabajar en equipos multidisciplinares en un entorno libre de críticas, para debatir y compartir perspectivas con las que tomar decisiones organizativas y clínicas. (43) (Ilustración 1)

En relación al apoyo por pares, se basa en Programas de apoyo a las segundas víctimas por incidentes de seguridad desarrollados en el ámbito de la seguridad del paciente. (45)

De acuerdo con el modelo demanda-control de Karasek y Theorell, ampliado por Johnson, al introducir el apoyo social incrementa la habilidad para hacer frente a una situación de estrés mantenido, por lo que resulta un moderador o amortiguador de este estrés. (46) El grupo Ser+

Contra COVID-19 explica el modelo de la siguiente manera: en el primer nivel, encontramos a pares del propio servicio/unidad, a quienes se cuentan nuestras emociones y experiencias; en el segundo escalón, están aquellos profesionales que requiere compartir sus dudas y preocupaciones sobre su actuación profesional con otros profesionales (líderes en su respectiva actividad) del propio centro. En este caso, este segundo nivel de apoyo integra a un equipo de pares entrenados en escucha activa. Se trata de un elemento central de estos programas y que se basa en la participación voluntaria de profesionales con mayor experiencia y que han vivido de cerca la misma situación. Y el tercer nivel está orientado para la atención de aquellos que progresan hacia cuadros afectivos o de ansiedad que requieren de apoyo especializado. El INNST también hace una mención al respecto. ([Ver Anexo 14](#))

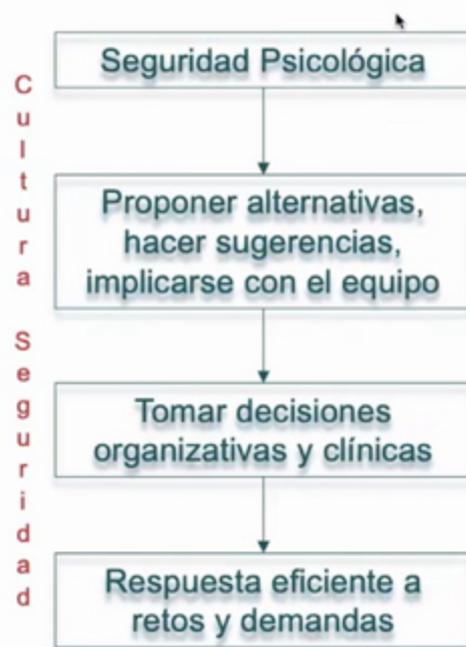


Ilustración 1: Cultura de la seguridad psicológica en las organizaciones sanitarias. Fuente: *The European Researchers' Network Working on Second Victims (ERNST)* [Internet] Valencia: Cost European Cooperation in Science and Technology [fecha de acceso: 25/3/2021]. *International Forum: En el marco de la Cost Action (CA19113) para el estudio del fenómeno de las segundas víctimas que lidera ERNS*. Disponible en: <https://caringforcaregivers.cost-ernst.eu/>

M^a Ángeles Martín, Directora de Enfermería de la Gerencia de Área Integrada de Guadalajara (47), el INNST(35) y el grupo de trabajo Ser+ Contra COVID-19 (45), además, destacan la importancia del rol de los mandos intermedios, piezas clave en todas las recomendaciones. El INNST propone promover un liderazgo saludable entre los mandos intermedios a través de un programa formativo específico e integrado en el plan de formación del centro.

En el anexo 15, se recogen las acciones preventivas que más destaca el INNST con respecto al bienestar psicológico de los profesionales sanitarios en las organizaciones sanitarias. ([Ver anexo 15](#)). El grupo de trabajo SER+ Contra COVID-19 también recoge un resumen de sus recomendaciones en la tabla mencionada anteriormente, referente al [anexo 11](#).

Por último, la Asociación Española de Derecho Sanitario afirma que el éxito de la resolución de conflictos sanitarios radica en el diálogo, un diálogo que pasa por el reconocimiento del error cuando proceda. (48) Cabe destacar que desde una perspectiva de justicia restaurativa¹ se habla de la “resolución extrajudicial de conflictos por defectuosa asistencia sanitaria”. En relación a esto, Cayón de las Cuevas J., jefe del Servicio de Asesoramiento Jurídico de la Conserjería de Sanidad de Cantabria, señala que “para una protección eficaz del correcto desenvolvimiento de las relaciones clínicas, parece deseable la articulación de herramientas de resolución extrajudicial de conflictos sanitarios presididas por los principios de voluntariedad, imparcialidad y agilidad”. En relación a la pandemia, Ofelia De Lorenzo y Aparici, socia-directora del Área Jurídico Contenciosa de De Lorenzo Abogados, destacaba que, tras esta crisis de salud pública, se preveía una crisis jurídico-sanitaria en materia de responsabilidad profesional sanitaria y apostaba por la mediación para “humanizar” estos conflictos sanitarios y evitar la judicialización de estos. (49) En el libro *Gestión de los cuidados enfermeros y liderazgo*, Diane Huber describe la *Resolución de Disputas Alternativas* (RDA) como herramienta

¹ La justicia restaurativa es una respuesta integrada frente al delito que enfatiza la reparación del daño causado por el delito. En términos generales, consiste en un medio de gestión de conflictos que coloca al diálogo como la base del proceso y se basa en la creencia de que las partes de un conflicto deben estar activamente involucradas para resolver y mitigar sus consecuencias negativas. Fuente: Sociedad Vasca de Victimología [Internet]. Euskadi: Sociedad Vasca de Victimología; [fecha de acceso: 20/4/2021]. Diccionario Abierto de Términos victimológicos. Disponible en: <https://www.sociedadvascavictimologia.org/diccionario-1>

de resolución de los conflictos en el ámbito sanitario haciendo uso de la negociación basada en principios, la conciliación, la mediación o el arbitraje. (50).

4. PRÁCTICA REFLEXIVA

Participar en las becas Ikasiker de colaboración en el grupo GICCAS ha supuesto una experiencia de aprendizaje en mi formación académica que me ha permitido explorar la forma de trabajo de un grupo tan diferente al ambiente sanitario al que estoy acostumbrada. Ha conseguido sacarme de mi zona de confort, ayudándome así a adquirir competencias de gestión del tiempo y de las emociones, del trabajo en equipo de manera multidisciplinar y de la organización de un grupo de trabajo de investigación. Además, me ha permitido reafirmarme de la importancia de la gestión en el ámbito sanitario y de la influencia de las condiciones organizacionales en el bienestar de los profesionales sanitarios.

El hecho de realizar un trabajo sobre la actual crisis sanitaria, de la que todavía estamos siendo testigos, me ha obligado a mantenerme al día de las últimas noticias relacionadas y me ha permitido tener un papel de “cronista” de los acontecimientos. Esta condición ha hecho que a lo largo del trabajo me sintiera, en ocasiones, abrumada por la información y a la vez expectante a las nuevas investigaciones sobre mi tema de trabajo. Gracias a esto, he podido apreciar la importancia de los trabajos de investigación durante el desarrollo de una crisis epidemiológica internacional.

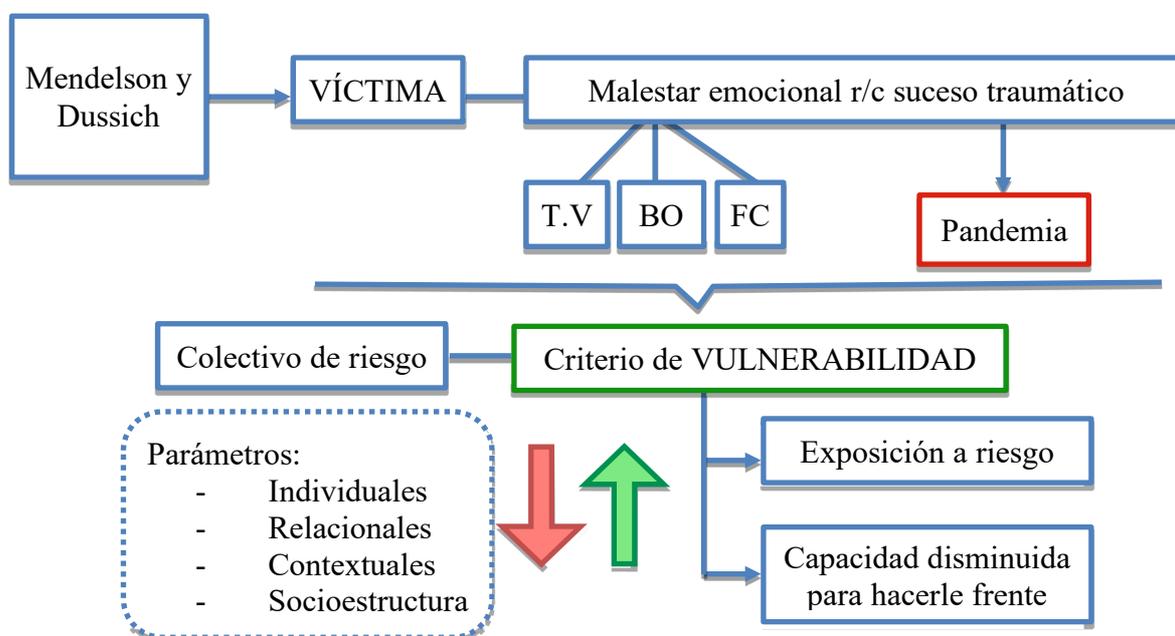
Este trabajo me ha permitido ahondar en los conceptos victimológicos referentes a las víctimas. Ver la amplitud del concepto de víctima me ha hecho reflexionar sobre sus diferentes condicionantes, como la vulnerabilidad y, por ende, la pertenencia a un colectivo de riesgo.

Durante la pandemia del COVID-19 los profesionales sanitarios dedican y han dedicado un enorme esfuerzo físico y emocional sostenido en el tiempo. Es previsible que ello genere una inestabilidad psicológica importante por agotamiento y por la propia gravedad del problema. Las características de esta crisis epidemiológica, entre otras, que ha sido un hecho inesperado y que pone gravemente el peligro del bienestar de las personas causando consecuencias psicológicas, hace que se relacione directamente con un hecho traumático. Esta relación, de suceso traumático y el malestar emocional que causa en las personas, como es el trauma vicario, la fatiga por compasión o el burnout en este caso,

hace que, a su vez, se pueda relacionar con la definición de víctima de Mendelson y Dussich.

Como hemos visto en el trabajo, el concepto de víctima viene determinado por el criterio de vulnerabilidad, es decir, por la pertenencia a un colectivo de riesgo. Y es que, como afirma la OMS, los profesionales sanitarios han estado expuestos a un riesgo y han tenido una capacidad disminuida para hacerle frente. Y, como se ha visto en los estudios, esta vulnerabilidad aumenta o disminuye según parámetros individuales, relacionales, contextuales y socioestructurales. (Ver ilustración 2)

Ilustración 2: Esquema de relación del concepto de víctima y el criterio de vulnerabilidad con la pandemia y sus consecuencias en el bienestar psicológico de los profesionales sanitarios. *Fuente: elaboración propia.*



El concepto de trauma vicario, me ha ofrecido una visión de nuestra profesión completamente nueva. El constante contacto con el sufrimiento de las personas es el día a día de nuestra profesión, y más allá de la fatiga por compasión, el trauma vicario ahonda en los cambios en las partes, que, a mi parecer, nos definen como ser humano (identidad, perspectiva del mundo, espiritualidad, tolerancia afectiva, necesidades psicológicas fundamentales, pensamientos sobre sí mismo y los demás, relaciones interpersonales, imagen interior y presencia física en el mundo).

Por otro lado, este trabajo también me ha permitido entender la responsabilidad que detentan las organizaciones sanitarias para con el bienestar psicológico de sus

trabajadores. Y es que la pandemia ha reforzado el hecho de que los profesionales sanitarios tienen un trabajo que puede traer consigo riesgos, los cuales comúnmente asociamos a deficiencias en la atención sanitaria que, en ocasiones, están en el origen de un incidente de seguridad o evento adverso. Por ello, es importante no centrarse únicamente en los profesionales como individuos, como si ellos mismos fueran los únicos responsables de su estado de salud mental, de su capacidad de compasión o de su resistencia al burnout. (29) También es importante incorporar decididamente la responsabilidad de las instituciones en este sentido, como señala el INNST. (35). Además, hay que implicar a las instituciones para que proporcionen los recursos necesarios para protegerlos, garantizar una dotación de personal suficiente para una atención de calidad de los pacientes, promover la atención psicológica y el asesoramiento ético de los equipos sanitarios y, en definitiva, reforzar un sistema sanitario público que sea seguro tanto para los pacientes como para los trabajadores sanitarios.

En cuanto al rol de las organizaciones sanitarias y sus posibles acciones para proteger el bienestar de sus trabajadores, me gustaría destacar lo que expone sobre el liderazgo M^a Ángeles Martínez: “Tenemos que dirigirnos a un liderazgo transformacional, trabajar con los intangibles, crear un liderazgo más horizontal con un pensamiento humanista, formando líderes resilientes, facilitadores del cambio. Que muestren empatía, escucha activa, que se pongan en la piel de sus profesionales, pero a su vez que muestren su fuerza y vitalidad”. Este concepto de liderazgo transformacional coincide plenamente con las recomendaciones del INSST y el grupo de trabajo SER+ Contra COVID-19. Y es que, la importancia del papel estratégico de las enfermeras se ha visto en la contención de la pandemia y es necesario que la enfermería participe en el diálogo para la reconstrucción social y sanitaria. Debemos dirigirnos hacia la profesionalización de la gestión, como propone la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE). Además, me parece importante hacer hincapié en la importancia de la “seguridad psicológica” en las organizaciones, especialmente durante crisis sanitarias como la que estamos viviendo, para facilitar la toma de decisiones a partir de acciones que tengan en cuenta una comunicación tanto descendiente como ascendiente dentro de la gestión y la planificación de programas de prevención en relación al bienestar psicológico de los profesionales y la seguridad clínica de los pacientes.

Por otro lado, teniendo en cuenta a los profesionales sanitarios como segundas víctimas y la vulneración de sus derechos por parte de las organizaciones sanitarias, resulta

interesante la posibilidad del uso de la mediación sanitaria para que, a través de un diálogo entre ambas partes, se lleguen a acuerdos y, dentro de lo posible, se tomen medidas para que una vez pasado el primer impacto organizativo, y tras comprobar las carencias existentes, se pongan en marcha estrategias organizacionales para dar respuesta a las mismas.

En relación a las actividades de investigación, tengo que decir que me han reforzado en mi vocación investigadora y me han ayudado a entender cómo funciona un equipo dentro de un proyecto de investigación. Me han permitido ver cómo la pandemia también ha acercado, gracias a la tecnología, a diferentes grupos de investigación a través de *webinars* y foros internacionales y la importancia de compartir el conocimiento para la creación de políticas de sanidad basadas en la evidencia.

Quisiera terminar agradeciendo al IVAC/KREI y, especialmente al GICCAS y a su investigador principal, José Luis de la Cuesta, la oportunidad que me han dado haciéndome parte del equipo y el permitirme realizar este trabajo. También me gustaría hacer especial mención a Isabel Trespaderne por su dedicación e implicación en ayudarme a enfocar el trabajo y por ofrecerme la oportunidad de hacer parte del que también es su equipo.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Orden de 15 de septiembre de 2020, del Consejero de Educación, por la que se convocan becas Ikasiker de colaboración para el curso 2020-2021. Boletín Oficial del País Vasco [Internet], N. 190 (25 de septiembre de 2020) [fecha de acceso: 2/10/2020]. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/y22-bopv/es/bopv2/datos/2020/09/2003865a.pdf>
2. Ministerio de Sanidad [sede Web]. Madrid: Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES); [fecha de acceso: 1 diciembre 2020]. Resumen de la situación. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/situacionActual.htm>
3. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) [sede Web]. Suecia: ECDC [fecha de actualización: 8 diciembre 2020; fecha de acceso: 1 de diciembre de 2020]. Timeline of ECDC's response to COVID-19. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/timeline-ecdc-response>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS) [sede Web]. Ginebra: OMS; [fecha de acceso: 1 diciembre 2020]. Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19). Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
5. La Mocloa [sede Web]. Madrid: Gobierno de España; [fecha de actualización 11 noviembre 2020; fecha de acceso: 1 diciembre 2020]. Estado de Alarma. Disponible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/covid-19/Paginas/estado-de-alarma.aspx>
6. García-Iglesias JJ et al. Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2020 [fecha de acceso: diciembre 2020]; 94. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/revista_cdrom/VOL94/REVISIONES/RS94C_202007088.pdf
7. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado [Internet], N. 102 (29 de abril de 1986) [fecha de acceso: 20/3/2021]. Disponible

en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>

8. Trespaderne I. La estructura y organización del Sistema Nacional de Salud. En: Gestión y calidad de los servicios sanitarios: Departamento de Enfermería II - curso 2019-2020. San Sebastián: UPV/EHU. 2019.
9. Lorenzo SM. La pandemia COVID-19: lo que hemos aprendido hasta ahora desde España. APS EM Rev [Internet]. 15 abril 2020 [fecha de acceso: 31/3/2021];2(1):28–32. Disponible en: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/66>
10. Consuengra-Fernández M, Fernandez-Trujillo A. La soledad de los pacientes con COVID-19 al final de sus vidas. Rev Bioética y Derecho [Internet]. 23 noviembre 2020 [Fecha de acceso: 22/4/2021];50. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000300006
11. Bellver V. Problemas bioéticos en la prestación de los cuidados enfermeros durante la pandemia del COVID-19. Index Enferm [Internet]. 19 octubre 2020 [fecha de acceso: 22/4/2021];29(1–2). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000100011
12. De Montalvo F, Altisent R, Bellver V, Cadena F, De los Reyes M, De la Gándara Á, et al. Informe del comité de bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus. Madrid: Comité de Bioética de España; 2020.
13. Declaración del comité de bioética de España sobre el derecho y deber de facilitar el acompañamiento y la asistencia espiritual a los pacientes con covid-19 al final de sus vidas y en situaciones de especial vulnerabilidad. Madrid: Comité de Bioética de España; 2020.
14. Goiri F. Sanidad mantiene la opacidad sobre los fallecidos en residencias. Diario Médico [Internet]. 2020 [fecha de acceso: 31/3/2021]. Disponible en: <https://www.diariomedico.com/politica/sanidad-mantiene-la-opacidad-sobre-los-fallecidos-en-residencias.html>

15. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [fecha de acceso: 31/3/2021] La escasez de equipos de protección personal pone en peligro al personal sanitario en todo el mundo (3 de marzo de 2020). Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/03-03-2020-shortage-of-personal-protective-equipment-endangering-health-workers-worldwide>
16. RTVE [Internet]. Madrid: Radio y Televisión Española; 2021[fecha de acceso: 31/3/2021]. [Video], "No somos héroes": Médicos y sanitarios reclaman mejores condiciones laborales; 26 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://www.rtve.es/alacarta/videos/telediario/coronavirus-heroes-medicos/5725633/>
17. Trespaderne Beracieto MI, Varona Martínez G. Implicaciones del nuevo Estatuto de la víctima del delito en la atención sanitaria [Trabajo inédito]. 2016.
18. Van Ommeren M. Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2013 [fecha de acceso: 21/3/2021]. Disponible en: <http://www.infocoponline.es/pdf/DirectricesOMSTEPT.pdf>
19. Protección de la salud mental en situaciones de epidemias [monografía en Internet]. Organización Panamericana de la Salud. Washington: OPS; 2009 [Fecha de acceso: 27/3/2021]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Pandemia de influenza y Salud mental Esp.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Pandemia%20de%20influenza%20y%20Salud%20mental%20Esp.pdf)
20. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Fernández Alonso M del C, Tizón García JL. Mental health in epidemics: A perspective from the Spanish Primary Health Care. Aten Primaria [Internet]. 2020 [fecha de acceso: 10/3/2021];52:93–113. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.09.004>
21. Sociedad Vasca de Victimología [Internet]. Euskadi: Sociedad Vasca de Victimología; [fecha de acceso: 20/4/2021]. Diccionario Abierto de Términos victimológicos. Disponible en: <https://www.sociedadvascavictimologia.org/diccionario-1>

22. Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito. Boletín Oficial del Estado [Internet], N. 101 (28 de abril de 2015) [fecha de acceso: 9/12/2020]. Disponible en: <https://boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-4606-consolidado.pdf>
23. Varona Martínez G, Mayordomo V, De la Cuesta A, Pérez AI. Victimología: Un acercamiento a través de sus conceptos fundamentales como herramientas de comprensión e intervención. En: Título propio de posgrado on line: trabajar con víctimas de experiencias traumáticas: IVAC/KREI. Leioa: UPV/EHU. 2015.
24. Rinaldi C, Leigheb F, Vanhaecht K, Donnarumma C, Panella M. Convertirse en «segunda víctima» en asistencia sanitaria: la vía de la recuperación después de un episodio adverso. Rev Calid Asist [Internet]. 2016 [fecha de acceso: 20/3/2021]; 31:11–9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134282X16300720?via%3Dihub>
25. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 [monografía en internet]. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid: Dirección general de la agencia de calidad del sistema nacional de salud; 2006 [fecha de acceso: 22/3/2021]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
26. The European Researchers' Network Working on Second Victims (ERNST) [Internet] Valencia: Cost European Cooperation in Science and Technology [fecha de acceso: 25/3/2021]. International Forum: En el marco de la Cost Action (CA19113) para el estudio del fenómeno de las segundas víctimas que lidera ERNS. Disponible en: <https://caringforcaregivers.cost-ernst.eu/>
27. Danet Danet A. Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. Med Clin (Barc) [Internet]. 2021;1(xx):19–23. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.11.009>

28. Luceño-Moreno L, Talavera-Velasco B, García-Albuerne Y, Martín-García J. Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 30 julio 2020 [fecha de acceso: 30/3/2021]; 17(15):5514. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/15/5514>
29. Ruiz-Fernández MD, Ramos-Pichardo JD, Ibáñez-Masero O, Cabrera-Troya J, Carmona-Rega MI, Ortega-Galán ÁM. Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. *J Clin Nurs* [Internet]. 15 noviembre 2020 [fecha de acceso: 27/3/2021]; 29(21–22):4321–30. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.15469>
30. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983; 24(4):385–96.
31. Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R, et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain Behav Immun* [Internet]. 2020 [fecha de acceso: 20/3/2021]; 88(March):916–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.007>
32. Jenkins SR, Baird S. Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *J Trauma Stress* [Internet]. 2002 [fecha de acceso: 28/3/2021]; 15(5):423–32. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1023/A%3A1020193526843>
33. Trespaderne MI. La responsabilidad del profesional por defectuosa asistencia sanitaria a la luz de las condiciones organizacionales [tesis doctoral]. San Sebastián: Universidad del País Vasco (UPV/EHU); 2012;9–38.
34. Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS. Contextualización, Prácticas y Literatura de Soporte [monografía en internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 [fecha de acceso: 4/4/2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44466>

35. Martín R, Gari A. Trabajar en tiempos de COVID-19: buenas prácticas de intervención psicosocial en centros sanitarios [monografía en internet]. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo; 2020 [fecha de acceso: 28/3/2021]. Disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/710902/Trabajar+en+tiempos+de+COVID19+buenas+prácticas+de+intervención+psicosocial+en+centros+sanitarios+-+Año+2020.pdf/24564955-b26b-c550-036b-c656c84c2f15?t=1612177306684>
36. InfoCopOnline [Internet]. Madrid: Consejo General de la Psicología en España; 2017 [fecha de acceso: 28/3/2021]. El papel del bienestar en el ámbito laboral: fundamentos y aportaciones desde la Psicología. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=7038
37. Brooks SK, Dunn R, Amlôt R, Rubin GJ. A systematic, thematic review of social and occupational factors associated with psychological outcomes in healthcare employees during an infectious disease outbreak. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2018. Vol. 60. p. 248–57.
38. Mira JJ, Cobos Á, Martínez O, Bueno MJ, Astier P, Pérez P, et al. Situaciones problema identificadas, necesidades generadas y recursos disponibles para una adecuada respuesta [monografía en Internet]. Valencia: Ser+ Contra COVID-19; 2020 [fecha de acceso: 29/3/2021]. Disponible en: <http://lcsi.umh.es/segvic/SituacionesproblemaNecesidadesRecursos.pdf>
39. ConSalud.es [Internet]. Madrid: Grupo Mediforum; 2020 [fecha de acceso: 29/4/2021]. Enfermería exige modificación del documento del coronavirus. Disponible en: https://www.consalud.es/pacientes/especial-coronavirus/enfermeria-exige-ministerio-modificacion-documento-prevencion-control-covid-19_79839_102.html
40. Poder Judicial España [Internet]. Madrid: Consejo General del Poder Judicial; 2021 [fecha de acceso: 28/3/2021]. El Tribunal Supremo aprecia vulneración de derechos fundamentales de los sanitarios del Servicio Vasco de Salud y la Ertzaintza por la falta de equipos de protección contra el Covid-19. Disponible en: <https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder-Judicial/Tribunal-Supremo/Noticias-Judiciales/El-Tribunal-Supremo-aprecia-vulneracion-de-derechos-fundamentales-de-los-sanitarios-del-Servicio-Vasco-de-Salud-y-la-Ertzaintza-por-la-falta-de>

equipos-de-proteccion-contra-el-Covid-19

41. Rechazo enfermero al decreto de Castilla y León que “recorta y menosprecia los derechos laborales de los profesionales”. Diario Enfermero [Internet]. 11/11/2020 [fecha de acceso: 29/3/2021]. Disponible en: <https://diarioenfermero.es/rechazo-enfermero-al-decreto-de-castilla-y-leon-que-recorta-y-menosprecia-los-derechos-laborales-de-los-profesionales/>
42. Las enfermeras andaluzas critican que la Consejería vulnere sus derechos laborales por la falta de planificación contra el COVID-19. Diario Enfermero [Internet]. 18/11/2020 [fecha de acceso: 29/3/2021]. Disponible en: <https://diarioenfermero.es/las-enfermeras-andaluzas-critican-que-la-consejeria-vulnere-sus-derechos-laborales-por-la-falta-de-planificacion-contra-el-covid-19/>
43. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care [Monografía en Internet]. Ginebra: Organización mundial de la Salud; enero 2021 [fecha de acceso: 30/3/2021]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
44. Bodenheimer T, Sinsky C. From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. Ann Fam Med [Internet]. 2014 [fecha de acceso: 30/3/2021]; 12(6). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4226781/pdf/0120573.pdf>
45. Mira JJ, Cobos Á, Martínez O, Bueno MJ, Astier P, Pérez P, et al. SER + Contra COVID-19: Recomendaciones en la post-crisis sanitaria [monografía en internet]. Valencia: Ser+ Contra COVID-19. [fecha de acceso: 25/3/2021]. Disponible en: <https://segundasvictimascovid19.umh.es/p/documentos.html>
46. Vega S. NTP 603: Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (I) [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2001 [fecha de acceso: 22/3/2021]. Disponible en: https://www.insst.es/documents/94886/326775/ntp_603.pdf/f15ca511-259c-480b-9f12-28ef5349b3c1

47. Martín MÁ. La gestión sanitaria en la segunda fase de la pandemia del coronavirus : Más difícil , si cabe . Rev Investig y Educ en Ciencias la Salud. 2020; 5.2:44–8.
48. El éxito de la resolución de conflictos sanitarios radica en el diálogo. Redacción Médica [Internet]. 24 octubre 2018 [fecha de acceso: 24/42021]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/derecho/el-exito-de-la-resolucion-de-conflictos-sanitarios-radica-en-el-dialogo-6342>
49. Alcalá C. Covid-19| “Tras la crisis de salud pública se prevé una jurídico-sanitaria.” Redacción Médica [Internet]. 15 julio 2020 [fecha de acceso: 8/4/2021] Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/derecho/covid-19-tras-la-tesis-de-salud-publica-se-preve-una-juridico-sanitaria--4482>
50. Huber D. Gestión de los cuidados enfermeros y liderazgo. In: DRK Edición, editor. Gestión de los cuidados enfermeros y liderazgo. 6ª Edición. Barcelona: Elsevier España, S.L.U.; 1996. p. 169–73.

6. ANEXOS

ANEXO 1: Línea del tiempo del desarrollo de la pandemia por COVID-19.



Fuente: elaboración propia.

ANEXO 2: Cronología del Estado de Alarma.



Fuente: La Mocloa [sede Web]. Madrid: Gobierno de España; [fecha de actualización 11 noviembre 2020; fecha de acceso: 1 diciembre 2020]. Estado de Alarma. Disponible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/covid-19/Paginas/estado-de-alarma.aspx>

ANEXO 3: Formulario de aceptación en centro o grupo de investigación



ANEXO II

BECAS IKASIKER DE COLABORACIÓN

FORMULARIO DE ACEPTACIÓN EN CENTRO O GRUPO DE INVESTIGACIÓN (A RELLENAR POR INVESTIGADOR/A PRINCIPAL)

Datos de la persona que ha prestado la colaboración:

Nombre y apellidos: Daniela Bustos Valens

DNI: 72599815Q

Datos del grupo y del proyecto de investigación:

Nombre/código Grupo de investigación: GICCAS-IT1372-19

Investigador/a principal: Jose Luis de la Cuesta Arzamendi

Correo electrónico / modo de contacto: joseluis.delacuesta@ehu.eus

Línea de investigación en curso en la que se incorpora el/la estudiante:

Justicia Victimal y Justicia Restaurativa.

Una defectuosa asistencia sanitaria, más allá del concreto hecho generador del daño trae la ruptura de relaciones sociales y numerosas víctimas: los pacientes u usuarios por cuanto sus expectativas para con la asistencia sanitaria se ven frustradas. Los profesionales sanitarios

Materia troncal y obligatoria en la que está basada el proyecto:

Antropología, ética y legislación del Grado en Enfermería. Facultad de Medicina y Enfermería UPV/EHU, Sección San Sebastián. Nº de créditos: 6. Competencia relacionada con el Proyecto: Analizar situaciones de la práctica profesional valorando implicaciones y consecuencias éticas u legales de las situaciones de la enfermería, garantizando los derechos de las personas.

Periodo de fechas entre las que se realizará la colaboración: 1/01/2021 - 30/06/2021

Régimen de dedicación: Parcial, 7h/semana

Lugar de realización : Biblioteca Carlos Santamaría/Departamento Enfermería II

Resumen de objetivos:

- Describir la atención sanitaria en el contexto de la pandemia COVID-19.
- Analizar y relacionar el concepto de víctima regulado en la Ley del Estatuto de la Víctima con las víctimas de un suceso traumático como las ocasionadas por la pandemia COVID 2019 en la atención sanitaria.
- Valorar la contribución de las condiciones organizacionales en la victimización.
- Analizar sistemas alternativos en la resolución de conflictos consecuentes a una defectuosa atención sanitaria.

DECLARACIONES:

- Que el/la investigador/a firmante, acepta al alumno/a en el referido grupo de investigación.
- Que el/la alumno/a ha realizado o va a realizar antes del inicio de la colaboración un curso de buenas prácticas de laboratorio y de prevención de riesgos laborales (en los casos de acceso a laboratorio).

En _____, a _____ de ____ de 2020

Fdo.: EL/LA INVESTIGADOR/A PRINCIPAL

Firmado por José Luis de la Cuesta
2020
Fecha: 21/10/2020 19:07:43 CEST

ANEXO 4: Proyecto de colaboración razonado y debidamente avalado por el grupo o centro de investigación receptor

PROYECTO DE COLABORACIÓN

I. PRESENTACIÓN

La beca que se solicita para el curso 2020-2021 se desarrollaría en el marco del Grupo de Investigación GICCAS “Grupo de Investigación en Ciencias Criminológicas” (ref. IT-1372-19), dirigido por el Prof. De la Cuesta Arzamendi, Catedrático de Derecho Penal y Director del Instituto Vasco de Criminología/Kriminologiaren Euskal Institutua (IVAC-KREI).

La colaboración se realizaría en la Biblioteca ubicada en el CENTRO CARLOS SANTAMARÍA ZENTROA (sede del IVAC-KREI) y en la Biblioteca de la Facultad de Medicina y Enfermería de la UPV/EHU, Sección San Sebastián, sede del Departamento de Enfermería II.

El grupo de Investigación GICCAS está conformado por personas investigadoras juristas en las que se incluyen profesionales de la salud que liderados/as por el Prof. De la Cuesta Arzamendi abordan desde una perspectiva criminológica, interdisciplinar y colaborativa las líneas temáticas que conforman los pilares del IVAC/KREI, siendo destacables las siguientes:

- **Política criminal y prácticas penales.**
- **Victimización por torturas y malos tratos.**
- **Aspectos jurídico-criminológicos de las drogas y de las adicciones.**
- **Justicia victimal y Justicia restaurativa.**

Con carácter general, en este último eje de estudio se pretende articular protocolos de actuación y evaluación, resultado de la investigación interna y comparada, para un efectivo cumplimiento de la Ley del Estatuto de la Víctima, único texto legal con una referencia expresa a la “justicia restaurativa”, de forma que se pueda analizar el impacto de esta norma en la cultura profesional y en el sistema penal, diferenciando distintos operadores jurídicos (abogados, cuerpos policiales, médicos forenses, fiscales, letrados judiciales, jueces, servicios de cooperación con la administración de justicia: ejecución de penas, asistencia a víctimas, mediación...).

Es en esta última aproximación temática la que sustenta la beca de colaboración que se solicita. Esto es, una defectuosa asistencia sanitaria, más allá del concreto hecho generador del daño trae la ruptura de relaciones sociales y numerosas víctimas: los pacientes y usuarios por cuanto sus expectativas para con la asistencia sanitaria se ven

frustradas, los profesionales sanitarios, los cuales padecen las consecuencias de un daño generado; y la organización sanitaria, que es testigo de la pérdida de confianza de la sociedad en general y de los pacientes y usuarios, en particular. Es en esta conflictividad asistencial donde la justicia restaurativa está llamada a alcanzar un mayor protagonismo para resarcir a la víctima de una asistencia sanitaria defectuosa, pero también en la reparación del conjunto de relaciones rotas por el delito, en una suerte de justicia terapéutica.

Este enfoque adquiere una especial relevancia en la actual situación de pandemia provocada por la COVID-19. Hecho traumático éste en el que estamos siendo testigos excepcionales de su impacto en la atención sanitaria y sus consecuencias, con especial referencia a las numerosas víctimas que está ocasionando y que representa un reto que exige nuevas respuestas desde la práctica de la justicia restaurativa, cuando no terapéutica.

II. VINCULACIÓN DE LAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN CON ASIGNATURAS TRONCALES

La línea de investigación se vincula con la asignatura de Antropología, ética y legislación del Grado en Enfermería, la cual tiene una carga lectiva de 6 créditos ECTS en el 1º curso del Grado. Se imparte en la Facultad de Medicina y Enfermería UPV/EHU, en la Sección San Sebastián. La competencia de esta materia que se relaciona con el Proyecto es “Analizar situaciones de la práctica profesional valorando implicaciones y consecuencias éticas y legales de las actuaciones de la enfermera, garantizando los derechos de las personas”. Esta asignatura se imparte por la Profesora M^a Isabel Trespaderne Beracieto (Enfermera y Dra. en Derecho, Profesora Titular de Universidad).

Se está trabajando la posibilidad de entroncar los resultados de la colaboración en la elaboración del Trabajo Fin de Grado (TFG) en una concreta tipología de TFG como son los “PROYECTOS INNOVADORES EN ENFERMERÍA Y APRENDIZAJE REFLEXIVO”.

III. FUNCIONES

Las funciones a desarrollar por la estudiante se organizan en dos ámbitos:

- Conforme a la línea de investigación en la que va a desarrollar su colaboración las tareas se organizarán en la descripción de la atención sanitaria en el actual contexto de pandemia, analizará la tipología de las víctimas de un suceso traumático valorando las condiciones organizacionales en las que se está atendiendo e indagar la posibilidad de formas alternativas o complementarias de resolver los conflictos sanitarios.
- Con respecto a la gestión de actividades investigadoras, la estudiante asistirá a la formación que oferta el servicio de biblioteca respecto a búsquedas bibliográficas, la preparación de un artículo científico, la firma de un artículo de investigación,... y se valorará su colaboración en tareas de investigación del Prof. José Luis de la Cuesta Arzamendi.

IV. RÉGIMEN DE TRABAJO Y HORARIO

El horario orientativo a realizar por la estudiante sería, en función de su disponibilidad por la realización del PRACTICUM el siguiente:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8.30-9.30	Colaboración	Colaboración	Colaboración	Colaboración	Colaboración
9.30-10.30	Colaboración	Colaboración	Colaboración	Colaboración	Colaboración
10.30-11.30	Colaboración	Colaboración	Colaboración	Colaboración	Colaboración

En Donostia, 5 de Noviembre de 2020

VºBº




José Luis de la Cuesta Arzamendi

Catedrático Derecho Penal

Director IVAC/KREI

Investigador Principal del Grupo de Investigación GICCAS

Daniela Bustos Valens



ANEXO 5: Formulario de aceptación en el grupo de investigación



BECA IKASIKER DE COLABORACIÓN 2020-2021

CERTIFICACIÓN DE INCORPORACIÓN AL GRUPO O CENTRO DE INVESTIGACIÓN
(a rellenar y firmar por la persona responsable del grupo o centro)

DATOS DE LA PERSONA DE LA PERSONA ADJUDICATARIA DE LA BECA:

Nombre: Daniela
Apellidos: Bustos Valens
DNI/NIE: 72599815Q

DATOS DEL GRUPO O CENTRO:

Nombre o código del Grupo de investigación (ver Anexo I de la Orden):
GICCAS-IT1372-19
Responsable del Grupo o Centro (reflejado en el aplicativo):
Jose Luis de la Cuesta Arzamendi
Correo electrónico / modo de contacto:
joseluis.delacuesta@ehu.eus
Línea de investigación en curso en la que se incorpora el/la estudiante:
Justicia Victimal y Justicia Restaurativa.

Fecha en la que se ha incorporado la persona becaria a prestar la colaboración: 1/01/2021

Régimen de dedicación: Parcial, 7h/semana

Lugar de realización: Biblioteca Carlos Santamaría/Departamento Enfermería II

DECLARACIONES:

- Que el/la responsable firmante declara que la citada persona se ha incorporado al Grupo o Centro de investigación con el objeto de prestar la colaboración acordada.
- Que el/la alumno/a ha realizado antes del inicio de la colaboración un curso de buenas prácticas de laboratorio y de prevención de riesgos laborales (en los casos de acceso a laboratorio).

FECHA: 04/02/2021

NOMBRE Y APELLIDOS Responsable del Grupo o Centro de investigación:

José Luis de la Cuesta Arzamendi

Fdo:

Firmado
digitalmente por
José Luis DE LA
CUESTA
Fecha: 2021.02.04
11:26:06 +01'00'

ANEXO 6: Seguimiento del proyecto de colaboración



ANEXO III

BECAS IKASIKER DE COLABORACIÓN SEGUIMIENTO DEL PROYECTO DE COLABORACIÓN (A RELLENAR POR INVESTIGADOR/A PRINCIPAL)

Datos de la persona que ha prestado la colaboración:

Nombre y apellidos:

DNI:

Datos del investigador/a principal:

Nombre/código Grupo de investigación:

Investigador/a principal:

Teléfono de contacto:

Email de contacto:

El investigador/a principal certifica que se ha cumplido con el régimen de dedicación establecido en el proyecto de colaboración con un total de.....horas.

JUSTIFICACIÓN DE LA BECA (MODALIDAD A)

TRIMESTRES (Trabajo de colaboración realizado)

1	
2	
3	

Grado de consecución de tareas y objetivos

--

ANEXO 7: Certificado de asistencia a la 4ª Conferencia Internacional del NKL sobre “Vida, conocimiento y democracia durante la COVID-19



Certificate of attendance

Hereby certifies that

Daniela Bustos Valens

Has attended to the

4th NKL Annual Conference

Life, knowledge and democracy during COVID-19

December 7h, 2020.


AnnaLydia Svalastog

NKL Chair


Iñigo de Miguel Beriain

PANELFIT Chair



NAZIOARTEKO
BIKAINASUN
CAMPUSA
CAMPUS DE
EXCELENCIA
INTERNACIONAL

ANEXO 8: Certificado de asistencia al Seminario Permanente de Investigación del IVAC/KREI



Universidad del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitatea

INSTITUTO VASCO DE CRIMINOLOGIA
KRIMINOLOGIAREN EUSKAL INSTITUTUA

Seminario Permanente de Investigación del IVAC/KREI

IVAC/KREI-ren Ikerketa-Mintegi Iraunkorra

D./D^a DANIELA BUSTOS VALENS
Jaunak/Andereak

Ha participado en el Seminario (1,5 horas)
Mintegian parte hartu du (1,5 ordu)

Donostia – San Sebastián, 26 de Febrero de 2021 / 2021ko Otsailaren 26an

VºBº/O.I.


José Luis de la Cuesta Arzamendi
Diréctor del Instituto y del Seminario
Institutuko eta Mintegiko Zuzendaria



Virginia Mayordomo Rodrigo
Secretaria Académica del Instituto
Institutuko Idazkari Akademikoa



ANEXO 9: Certificado de realización de actividad de difusión sobre el TFG en el C.S Zarautz

OSI DONOSTIALDEA - CENTRO DE SALUD DE ZARAUTZ

Daniela Bustos Valens, estudiante de 4º año de Enfermería de la UPV, ha participado en una actividad de difusión de su Trabajo de Fin de Grado en colaboración con el grupo de investigación de GICCAS del IVAC/KREI en el Centro de Salud de Zarautz durante sus prácticas clínicas del Practicum V (A).

La fecha de realización fue el 01/03/2021 .

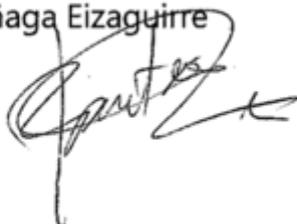
Instructora:

María Esther Avila Seco



Coordinadora de enfermería del Centro de Salud de Zarautz:

Arantxa Larrañaga Eizaguirre



DONOSTIALDEA ESI
OSI DONOSTIALDEA
ZARAUZKO ANBULATORIOA
AMBULATORIO DE ZARAUTZ

ANEXO 10: Cronograma de actividades.

Tarea	25 Oct	25 nov	7 Dic	15 dic	18 dic	8 feb	23 feb	26 feb	26 feb	1 mar	31 mar	13 abr	21 abr	3-4 mayo	10-14 mayo	18-21 mayo	24-25 mayo	25 may-25 jun
	Solicitud y aportación de documentos Beca Ikasiker	█																
Tutoría informal		█																
Conferencia NKL			█															
1ª tutoría formal																		
Envío de lo trabajado				█														
1ª tutoría					█													
Seguimiento Ikasiker						█												
2ª tutoría formal																		
Envío de lo trabajado							█											
2ª tutoría								█										
Seminario permanente GICCAS									█									
Difusión TFG en Zarautz										█								
3ª tutoría formal																		
Envío de lo trabajado											█							
3ª tutoría												█						
Reunión en el iVAC/KREI													█					
Matriculación y entrega trabajos														█				
Ensayos orales															█			
Defensa TFG																█	█	█
Seguimiento ikasiker																		█

Fuente: elaboración propia.

ANEXO 11: Tabla resumen de situaciones problema del grupo de trabajo de SER+ Contra COVID-19 durante la pandemia.

SITUACIONES PROBLEMA	Necesidades (NE)	Recursos (RE)
ORGANIZACIÓN, RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES		
Estado de incertidumbre respecto a la situación provocada por la crisis del COVID-19.	NE1. Información actualizada y comprensible (evolución de la pandemia, situación general del centro más allá de COVID-19).	RE1. Información de logros y actuaciones realizadas. RE2. Involucrar a los profesionales en mensajes audiovisuales para transmitir información sobre pautas (p. ej. retirada correcta de EPI).
	NE2. Información sobre recursos humanos, suministros y equipos sanitarios disponibles.	RE3. Comunicado diario sobre la situación del centro.
	NE3. Visualizar coordinación, unidad de criterio, normalizar día a día pese a estar en el epicentro de la crisis.	RE4. Homogeneidad de la estructura de los mensajes corporativos. RE5. Enlace para coordinación con las contratas. RE6. Identificar y desmentir bulos e informaciones incorrectas.
Estar trabajando temporalmente en ámbitos asistenciales para las que no se ha recibido el entrenamiento oportuno bien por nueva contratación de personal o bien por traslado hacia ámbitos asistenciales de mayor complejidad lo que favorece inseguridad y estrés agudo .	NE4. Ofrecer seguridad a los profesionales recién incorporados y a profesionales movilizados de otros servicios.	RE7. Briefings al inicio de turno con orientaciones para nuevas incorporaciones. RE8. Profesionales en aislamiento domiciliario como formadores y tutores a distancia de profesionales noveles.
	NE5. Alivio y apoyo emocional a personal desbordado.	RE9. Autoevaluación respuestas de estrés agudo.

Fuente: Mira JJ, Cobos Á, Martínez O, Bueno MJ, Astier P, Pérez P, et al. Situaciones problema identificadas, necesidades generadas y recursos disponibles para una adecuada respuesta [monografía en Internet]. Valencia: Ser+ Contra COVID-19; 2020 [fecha de acceso: 29/3/2021]. Disponible en: <http://lcsi.umh.es/segvic/SituacionesproblemaNecesidadesRecursos.pdf>

SITUACIONES PROBLEMA	Necesidades (NE)	Recursos (RE)
		<p>RE10. Toma de conciencia de la necesidad de afrontar la respuesta afectiva y aceptar apoyo.</p> <p>RE11. Teléfono directo de apoyo psicológico a profesionales sanitarios y de soporte por personal especializado.</p> <p>RE12. Tiempo de recuperación (descansos breves) durante la jornada.</p>
<p>Cambios en las instrucciones sobre aspectos organizativos y sobre procedimientos, sumadas a inconsistencias en la cadena de mando motivadas por los rápidos cambios que suceden en todas las crisis.</p>	<p>NE2. Información sobre recursos humanos, suministros y equipos sanitarios disponibles.</p>	<p>RE3. Comunicado diario sobre la situación del centro.</p>
	<p>NE3. Visualizar coordinación, unidad de criterio, normalizar día a día pese a estar en el epicentro de la crisis.</p>	<p>RE4. Homogeneidad de la estructura de los mensajes corporativos.</p> <p>RE5. Enlace para coordinación con las contratas.</p> <p>RE6. Identificar y desmentir bulos e informaciones incorrectas.</p>
	<p>NE9. Reforzar capacidad de liderazgo de mandos.</p>	<p>RE17. Tomar conciencia de las acciones que se espera sean llevadas a cabos por mandos intermedios. Liderazgo responsable.</p> <p>RE18. Fomentar liderazgo informativo, transparencia, realismo y mensajes positivos.</p>
<p>Reducción del recurso humano, por las bajas de profesionales con exposiciones de riesgo, lo que obliga a prolongar jornadas, aumentar frecuencia de turnos y reducir los tiempos de descanso físico y mental.</p> <p>Sustituciones exprés por bajas de compañeros en aislamiento domiciliario o enfermar.</p>	<p>NE2. Información sobre recursos humanos, suministros y equipos sanitarios disponibles.</p>	<p>RE3. Comunicado diario sobre la situación del centro.</p>
	<p>NE5. Alivio y apoyo emocional a personal desbordado.</p>	<p>RE12. Tiempo de recuperación (descansos breves) durante la jornada.</p>
	<p>NE8. Profesionales en aislamiento en el hogar con sentimientos de impotencia por la situación en la que se encuentran sus compañeros.</p>	<p>R16. Mantener contacto e informar de la situación en el centro. Acompañamiento institucional en la distancia. Facilitar reincorporación.</p>
<p>Disolución de equipos de trabajo consolidados debido a la incorporación de nuevos profesionales, sobrecargando, aún más, a los profesionales de mayor experiencia.</p>	<p>NE3. Visualizar coordinación, unidad de criterio, normalizar día a día pese a estar en el epicentro de la crisis.</p>	<p>RE4. Homogeneidad de la estructura de los mensajes corporativos.</p>
	<p>NE4. Ofrecer seguridad a los profesionales recién incorporados y a profesionales movilizados de otros servicios.</p>	<p>RE7. Briefings al inicio de turno con orientaciones para nuevas incorporaciones. Reforzar unidad de equipo.</p>

SITUACIONES PROBLEMA	Necesidades (NE)	Recursos (RE)
		<p>RE8. Profesionales en aislamiento domiciliario como formadores y tutores a distancia de profesionales noveles.</p>
	<p>NE9. Reforzar capacidad de liderazgo de mandos.</p>	<p>RE17. Tomar conciencia de las acciones que se espera sean llevadas a cabo por mandos intermedios. Liderazgo responsable.</p> <p>RE18. Fomentar liderazgo informativo, transparencia, realismo y mensajes positivos.</p>
Pacientes de otras patologías (no COVID-19) que no reciben la atención que hasta ahora recibían por nuevas prioridades asistenciales.	<p>NE1. Información actualizada y comprensible (evolución de la pandemia, situación general del centro más allá de COVID-19).</p> <p>NE3. Visualizar coordinación, unidad de criterio, normalizar día a día pese a estar en el epicentro de la crisis.</p>	<p>RE1. Información de logros y actuaciones realizadas.</p> <p>RE4. Homogeneidad de la estructura de los mensajes corporativos.</p>
Conflictos en el equipo anteriores a la crisis que pueden aflorar ahora como consecuencia del reparto de tareas en situaciones extremas.	<p>NE4. Ofrecer seguridad a los profesionales recién incorporados y a profesionales movilizados de otros servicios. Maduración del nuevos equipos para trabajo conjunto.</p>	<p>RE7. Briefings al inicio de turno con orientaciones para nuevas incorporaciones. Reforzar unidad de equipo.</p>
FACTOR HUMANO		
<p>Impotencia e irritabilidad al observar comportamientos imprudentes en pacientes y acompañantes (normalmente por desconocimiento) y fallos asistenciales (por cansancio, emociones negativas, etc.). Fallos involuntarios que pueden dar lugar a eventos adversos.</p> <p>Enfrentarse con la angustia del aislamiento estricto de los pacientes hospitalizados con COVID-19 y ver que algunos de ellos mueren en soledad.</p>	<p>NE5. Alivio y apoyo emocional a personal desbordado.</p> <p>NE6. Alivio y apoyo emocional a personal de servicios y unidades sometidos a estrés extremo.</p>	<p>RE9. Autoevaluación respuestas de estrés agudo.</p> <p>RE10. Toma de conciencia de la necesidad de afrontar la respuesta afectiva y aceptar apoyo.</p> <p>RE11. Teléfono directo de apoyo psicológico a profesionales sanitarios y de soporte por personal especializado.</p> <p>RE12. Tiempo de recuperación (descansos breves) durante la jornada.</p> <p>RE13. Defusing (presencial o a distancia) – Desactivar la Sobrecarga Emocional Antes de Terminar la Jornada para NO Llevarla a Casa y Fortalecerse para el Próximo Turno.</p>
ESTRESORES AMBIENTALES Y OTROS PROPIOS DE LA SITUACIÓN DE CRISIS		
Estar trabajando en una situación de especial riesgo biológico . Riesgo que puede suponer contagiar a	<p>NE7. Recuperar a profesionales con dudas y miedos que les superan a raíz de una posible exposición o que sienten desbordados afectivamente.</p>	<p>RE14. Derivación puntual a circuito de consejo individualizado para superar reacción de estrés agudo.</p>

SITUACIONES PROBLEMA	Necesidades (NE)	Recursos (RE)
pacientes, colegas y a los familiares con quienes se convive en el hogar.		RE15. Concertar espacios de descanso para la recuperación de profesionales al finalizar el turno.
Verse desbordados por momentos, de cada vez mayor duración, sin poder comentarlo con nadie , para no parecer débiles.	NE5. Alivio y apoyo emocional a personal desbordado.	RE11. Teléfono directo de apoyo psicológico a profesionales sanitarios y de soporte por personal especializado.
	NE6. Alivio y apoyo emocional a personal de servicios y unidades sometidos a estrés extremo.	RE13. Defusing (presencial o a distancia) – Desactivar la Sobrecarga Emocional Antes de Terminar la Jornada para NO Llevarla a Casa y Fortalecerse para el Próximo Turno.
	NE7. Recuperar a profesionales con dudas y miedos que les superan a raíz de una posible exposición o que sienten desbordados afectivamente.	RE15. Concertar espacios de descanso para la recuperación de profesionales al finalizar el turno.
No tener un horizonte claro de hasta cuando “durará esto”.	NE1. Información actualizada y comprensible (evolución de la pandemia, situación general del centro más allá de COVID-19).	RE1. Información de logros y actuaciones realizadas.
	NE2. Información sobre recursos humanos, suministros y equipos sanitarios disponibles.	RE3. Comunicado diario sobre la situación del centro.
	NE5. Alivio y apoyo emocional a personal desbordado.	RE9. Autoevaluación respuestas de estrés agudo. RE10. Toma de conciencia de la necesidad de afrontar la respuesta afectiva y aceptar apoyo.
REACCIONES DE MIEDO O PÁNICO		
Miedo al conocer que algún compañero pasa a situación de vigilancia pasiva o aislamiento domiciliario . Miedo a contagiar a la familia y/o entorno cercano.	NE7. Recuperar a profesionales con dudas y miedos que les superan a raíz de una posible exposición o que sienten desbordados afectivamente.	RE14. Derivación puntual a circuito de consejo individualizado para superar reacción de estrés agudo.
TOMA DE DECISIONES CRÍTICAS RELATIVAS A CUESTIONES ASISTENCIALES		
Verse en la obligación de aplicar sistemas de Triage y tomar decisiones reservadas a situaciones de grandes catástrofes con alto componente de elección ética .	NE5. Alivio y apoyo emocional a personal desbordado.	RE9. Autoevaluación respuestas de estrés agudo. RE10. Toma de conciencia de la necesidad de afrontar la respuesta afectiva y aceptar apoyo.

SITUACIONES PROBLEMA	Necesidades (NE)	Recursos (RE)
		<p>RE11. Teléfono directo de apoyo psicológico a profesionales sanitarios y de soporte por personal especializado.</p>
	<p>NE6. Alivio y apoyo emocional a personal de servicios y unidades sometidos a estrés extremo.</p>	<p>RE13. Defusing (presencial o a distancia) – Desactivar la Sobrecarga Emocional Antes de Terminar la Jornada para NO Llevarla a Casa y Fortalecerse para el Próximo Turno.</p> <p>RE15. Concertar espacios de descanso para la recuperación de profesionales al finalizar el turno.</p>
	<p>NE9. Reforzar capacidad de liderazgo de mandos.</p>	<p>RE18. Fomentar liderazgo informativo, transparencia, realismo y mensajes positivos.</p>
POST-CRISIS		
<p>Post-crisis</p>	<p>N10. Gestionar la Post-crisis tomando, ahora sí, la iniciativa para no seguir detrás del SARS-CoV-2.</p>	<p>RE19. Planificar el volumen de actividad asistencial demorada. Paliar el previsible impacto en profesionales sanitarios y de apoyo a la labor asistencial de esta sobrecarga física y mental.</p>

ANEXO 12: Posibles acciones para favorecer el reconocimiento del trabajo de los profesionales sanitarios.

- ▶ Hacer llegar a todos los profesionales sanitarios una **carta de gratitud** hacia su trabajo. (R2)
- ▶ Facilitar a las personas usuarias de los servicios **sanitarios vías y materiales para la transmisión de agradecimientos** al personal del centro. (R2)
- ▶ Crear "**espacios de agradecimiento**" para exponer públicamente los mensajes de reconocimiento de pacientes y familiares. (R2)
- ▶ Introducir en los centros sanitarios elementos que transmitan la **importancia de la labor profesional** del personal que lo integra: cartelería, mensajes en las pantallas de gestión de las citas, etc. (R2)
- ▶ Integrar en las **reuniones rutinarias** un espacio para el reconocimiento del trabajo de los equipos.
- ▶ **Acciones formativas para los mandos intermedios** sobre liderazgo comprometido con las personas, integradas en el programa general de formación del organismo. (R3)
- ▶ **Acciones formativas sobre trabajo colaborativo y en equipo**, adaptadas a cada eslabón de la cadena jerárquica. (R4).

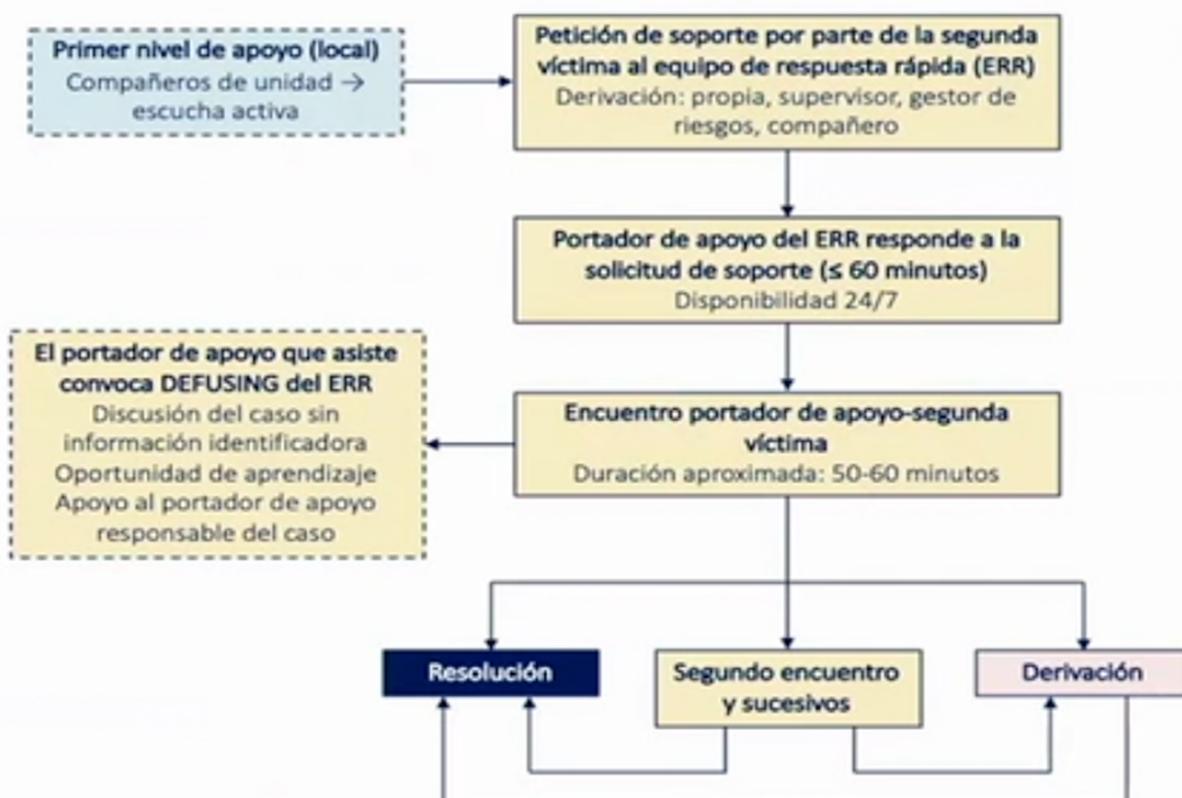
Fuente: Martín R, Gari A. Trabajar en tiempos de COVID-19: buenas prácticas de intervención psicosocial en centros sanitarios [monografía en internet]. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo; 2020 [fecha de acceso: 28/3/2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3xAx7j1>

ANEXO 13: Posibles acciones para favorecer una buena comunicación en las organizaciones sanitarias.

- ▶ Establecer los **contenidos informativos a actualizar periódicamente** entre el personal del centro sanitario relacionados con el estado de la pandemia. (R6)
- ▶ Diseñar e instaurar **canales para la recogida de aportaciones de la plantilla**: buzón de sugerencias físico y/o telemático, encuestas periódicas, etc. (R6)
- ▶ Introducir un espacio para la recogida de propuestas en las **reuniones rutinarias** existentes en la organización. (R6)
- ▶ Celebrar **reuniones temáticas periódicas**, con asistencia rotativa, con la finalidad de recopilar la opinión y las aportaciones del personal del centro sobre cuestiones concretas. (R4)
- ▶ Ante **decisiones importantes**, abrir periodos de participación en las mismas para recoger las propuestas y opiniones del personal del centro. (R4)
- ▶ **Proporcionar retroalimentación** sobre cualquier aspecto para el que se haya solicitado la participación de la plantilla.
- ▶ **Proporcionar formación sobre comunicación eficaz**, tanto para los mandos intermedios como para el resto de los equipos de trabajo. (R7)
- ▶ **Reconocer y valorar la opinión y experiencia del personal** en relación con la gestión de la situación de crisis. (R4)

Fuente: Fuente: Martín R, Gari A. Trabajar en tiempos de COVID-19: buenas prácticas de intervención psicosocial en centros sanitarios [monografía en internet]. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo; 2020 [fecha de acceso: 28/3/2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3xAx7j1>

ANEXO 14: Modelo de comunicación entre pares o modelo demanda-control.



Fuente: Mira JJ, Cobos Á, Martínez O, Bueno MJ, Astier P, Pérez P, et al. SER + Contra COVID-19: Recomendaciones en la post-crisis sanitaria [monografía en internet]. Valencia: Ser+ Contra COVID-19. [fecha de acceso: 25/3/2021]. Disponible en: <https://segundavictimascovid19.umh.es/p/documentos.html>

ANEXO 15: Posibles acciones preventivas recomendadas por el INSST.

- ▶ **Manifestar explícitamente el compromiso** mediante una carta dirigida al personal y transmitida a través de los canales de comunicación de los que disponga el centro sanitario (R1).
- ▶ **Aplicar instrumentos de valoración específicos** que permitan estimar el riesgo potencial de desarrollar trastorno de estrés postraumático u otros daños psicosociales como consecuencia de la exposición laboral a condiciones de riesgo durante la crisis sanitaria.
- ▶ **Implicar y formar a toda la cadena de mando** de los centros sanitarios en las medidas adoptadas para promover la salud psicoemocional del personal a través de reuniones informativas y acciones formativas.
- ▶ **Planificar acciones para potenciar el reconocimiento** al trabajo y el esfuerzo del personal de los centros (R2).
- ▶ **Promover un liderazgo saludable** entre los mandos intermedios a través de un programa formativo específico e integrado en el plan de formación del centro (R3).
- ▶ **Prolongar durante el tiempo necesario los programas de ayuda** desplegados durante la crisis, adaptando su contenido a las necesidades detectadas.
- ▶ **Crear grupos de trabajo interdisciplinarios** con participación de los Servicios de Prevención (personal técnico y sanitario) y los profesionales de los programas de ayuda (psicólogos, psiquiatras, etc.) para identificar necesidades y coordinar las actuaciones.
- ▶ **Reconocer y valorar** la opinión y experiencia del personal en relación con la gestión de la situación de crisis (R4).
- ▶ **Desarrollar estrategias para la prevención de patologías** asociadas a las situaciones de riesgo psicosocial, las cuales pueden incluir:
 - Actividades de psicoeducación: acciones educativas o informativas sobre manejo emocional, control del estrés, etc.
 - Acciones formativas: cursos sobre trabajo en equipo, liderazgo saludable, etc.
 - Implantación de programas de ayuda mutua, en los que son los propios miembros de la organización los que se prestan apoyo entre sí (R5).
 - Creación de espacios en los que el personal del centro pueda desconectar del trabajo.

Fuente: Fuente: Martín R, Gari A. Trabajar en tiempos de COVID-19: buenas prácticas de intervención psicosocial en centros sanitarios [monografía en internet]. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo; 2020 [fecha de acceso: 28/3/2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3xAx7j1>