

## **Evaluación del impacto de la epidemia de COVID-19 en la relación médico-paciente desde Medicina Interna y Psiquiatría en el Hospital Doce de Octubre de Madrid a través de entrevistas: un abordaje desde la Teoría Fundamentada**

### ***Evaluation of the Impact of the COVID-19 Epidemic on the Doctor-Patient Relationship in Internal Medicine and Psychiatry at the Doce de Octubre Hospital in Madrid through Interviews: A Grounded Theory Approach***

**Antonio Pujol de Castro**

**Departamento de Salud Pública y Materno-Infantil**

**Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid**

#### **Resumen**

*Fundamento:* A través de este estudio queremos describir cómo ha afectado la pandemia de COVID-19 a la relación médico-paciente.

*Métodos:* 8 entrevistas a médicos analizadas mediante la Teoría Fundamentada.

*Resultados:* 188 incidentes que se etiquetaron con 92 códigos que se agruparon en 5 categorías.

*Conclusiones:* La pandemia de COVID-19 ha deteriorado la relación médico-paciente, que ya contaba con un desgaste crónico. Se han introducido barreras físicas y psicológicas en la relación médico-paciente y se ha producido un desgaste profesional, que deberán ser corregidas mediante acciones profesionales e institucionales, a fin de evitar un agravamiento aún mayor del deterioro de la relación médico-paciente.

**Palabras clave** (términos MeSH): *Burnout*; Profesional; Investigación Cualitativa; España; Entrevistas; Lugar de trabajo / Psicología; Personal Sanitario / Psicología.

#### **Abstract**

*Background:* This study plans to assess how the COVID-19 pandemic has affected the doctor-patient relationship.

*Method:* 8 interviews with physicians analyzed using Grounded Theory.

*Results:* 188 incidents were labeled with 92 codes that were grouped into 5 categories.

*Conclusions:* The COVID-19 pandemic has deteriorated the doctor-patient relationship, which was already hindered by chronic problems. Professional burnout has worsened and new psychological and physical barriers have appeared that should be corrected by professional and institutional action in order to avoid further deterioration of the physician-patient relationship.

**Keywords** (MeSH terms): *Burnout*, Professional; Qualitative Research; Spain; Interviews; Workplace / psychology; Cross-Sectional Studies; Healthcare Personnel / Psychology.

## Introducción, hipótesis de trabajo y objetivos

El ser humano es, por naturaleza, vulnerable y relacional, circunstancia que promueve el establecimiento de relaciones y redes de ayuda y cuidados, entre las que se encuentra la relación médico-paciente. Varias expectativas confluyen en esta relación médico-paciente: el paciente espera ser curado de su enfermedad o, si no fuera posible, al menos sentirse aliviado y acompañado por un conocedor de la historia natural de la enfermedad; el médico, a su vez, espera que el paciente confíe en sus juicios clínicos y en sus indicaciones terapéuticas o preventivas. La base de esta relación y del mantenimiento de la confianza es la comunicación veraz y sincera. Atrás debería quedar el paternalismo médico por el que el médico, atribuyéndose un conocimiento absoluto, toma las decisiones en nombre del paciente, quien pasa así a ocupar el papel de sujeto pasivo (Baños Jiménez et al., 2019).

La pandemia de COVID-19 ha actuado como detonante de un rápido deterioro de la relación médico-paciente la cual ya contaba con varios factores predisponentes crónicos que la estaban obstaculizando.

Freudenberg acuñó en 1974 la expresión “síndrome de *burnout*” o “síndrome del trabajador quemado” para referirse al cuadro que presentaban algunos trabajadores del ámbito social, con sentimientos de saturación y malestar (Freudenberger, Herbert, 1974). Los

profesionales sanitarios, y en concreto los médicos, son una población en riesgo de padecer *burnout* por el tipo de trabajo y la implicación emocional que requiere (West et al., 2018). Está descrito en la literatura que entre los médicos, los psiquiatras están en especial riesgo de padecer *burnout* (Kumar, 2007).

En el año 2020, España ha sufrido el impacto de la epidemia mundial por COVID-19, lo que ha supuesto un gran reto, tanto para la sociedad como para los profesionales sanitarios que han estado en primera línea, hasta el punto de que los sanitarios han empezado a presentar secuelas psicológicas (Gautam et al., 2020).

A través de este estudio pretendemos describir cómo ha afectado la pandemia a la relación médico-paciente. Para ello, hemos realizado un estudio a través de entrevistas a profesionales sobre qué aspectos de la relación médico-paciente se han visto más afectados, sus causas y sus posibles consecuencias. Este estudio ha sido realizado en médicos internistas, por ser médicos de perfil generalista que han estado en primera línea del manejo del COVID, y en psiquiatras, por ser médicos con una mayor vulnerabilidad teórica al *burnout*.

La hipótesis de trabajo era que la pandemia ha afectado a la relación médico paciente de manera negativa: aumentando los niveles de *burnout* de los médicos, exacerbando problemas ya existentes y generando otros nuevos.

El objetivo principal de este estudio ha sido caracterizar cómo ha afectado la epidemia de COVID a la relación médico-paciente desde el punto de vista de los profesionales y construir una narrativa que ponga en un contexto temporal la historia de esta pandemia.

## Material y método

El diseño de investigación cualitativo fue considerado como el más apropiado para alcanzar nuestro objetivo, pues permite profundizar en el porqué y en el cómo ocurren los fenómenos. Hemos utilizado un abordaje de la Teoría Fundamentada (Grounded Theory) (Chapman et al., 2015), y los datos han sido analizados mediante *comparación constante* (Hewitt-Taylor, 2001).

### Características del investigador y reflexividad

El investigador principal, en el momento de la realización de las entrevistas, era estudiante de Medicina de sexto curso en la Universidad Complutense de Madrid. No presentaba cualificaciones ni experiencia en el ámbito de la investigación cualitativa más allá de la preparación previa a la investigación y la tutoría de una profesora experta en el campo de la investigación cualitativa. El investigador principal conocía a todos los entrevistados por haber realizado sus prácticas clínicas formativas con ellos y los ha seleccionado por presentar un conocimiento en primera persona del tema de estudio y unas habilidades comunicativas destacables.

### Muestreo y saturación teórica

La muestra fue seleccionada mediante el Muestreo Teórico (Hernández Carrera, 2014) con el objetivo de alcanzar perfiles relevantes informados, accesibles y dispuestos que diesen una visión precisa acorde a los criterios de la investigación, conformando un total 8 médicos (2 MIR (Médico Interno Residente) de Medicina Interna, 2 FEA (Facultativos Especialista Adjunto) de Medicina Interna, 2 MIR de Psiquiatría y 2 FEA de Psiquiatría). Todos los participantes firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio y dieron permiso para que la entrevista fuese audiograbada. La duración de las entrevistas fue de entre 10 y 20 minutos y fueron llevadas a cabo durante el mes de abril de 2021. Se utilizaron entrevistas individuales semiestructuradas para la recogida de datos a partir de unas preguntas comunes, abarcando tres momentos del análisis: los problemas antes, durante y después del momento más agudo de la pandemia. Las preguntas están disponibles en el Anexo I. El investigador principal fue quien realizó las entrevistas, las cuales tuvieron lugar en consultas o despachos del servicio al que pertenecía el entrevistado. Cuando se alcanzó la *Saturación Teórica* (Hernández Carrera, 2014) se terminó con la fase de recogida de datos.

La pandemia de COVID-19 ha tenido como consecuencia un gran desgaste profesional en el personal sanitario.

### Codificación teórica

Mediante un proceso de *Codificación Abierta* (Hernández Carrera, 2014) los *Incidentes* fueron etiquetados en *Códigos*, con el apoyo del software ATLAS.ti, versión 9, que luego fueron agrupados mediante *Codificación Axial* en *Categorías*, y finalmente se construyó una *Matriz Condicional/Causal* realizada a partir de la *Codificación Selectiva*.

## Resultados

Tal como se puede observar en la Figura 1, de la población de 157 médicos de las especialidades de Medicina Interna y Psiquiatría del Hospital Universitario 12 de Octubre

de Madrid, se realizaron 8 entrevistas (2 MIR de Medicina Interna, 2 FEA de Medicina Interna, 2 MIR de Psiquiatría y 2 FEA de Psiquiatría).

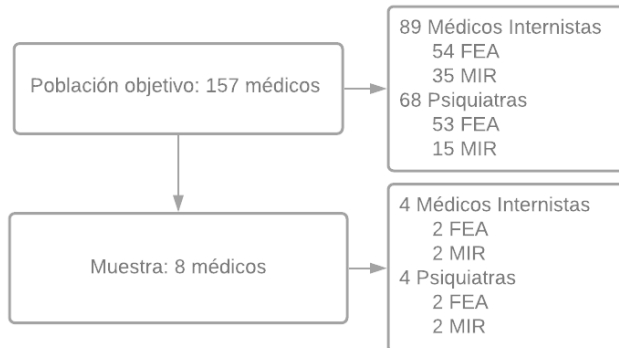


Figura 1. Diagrama de flujo de los participantes en el estudio.

Tal como se puede ver en la Figura 2, el proceso de Codificación Abierta dio lugar a 188 *incidentes* que se etiquetaron con 92 *códigos* que durante el proceso de Codificación Axial se agruparon en 5 *categorías*: problemas crónicos previos a la pandemia (en rojo); nuevos problemas durante la pandemia (en marrón); sentimientos durante la pandemia (en naranja); consecuencias de la pandemia (en verde) y acciones a emprender (en azul). En la Figura 3 se puede apreciar la *Matriz Condicional/Causal* realizada a partir de la *Codificación Selectiva*. A continuación, exponemos por puntos los resultados de las entrevistas que han permitido desarrollar la matriz.

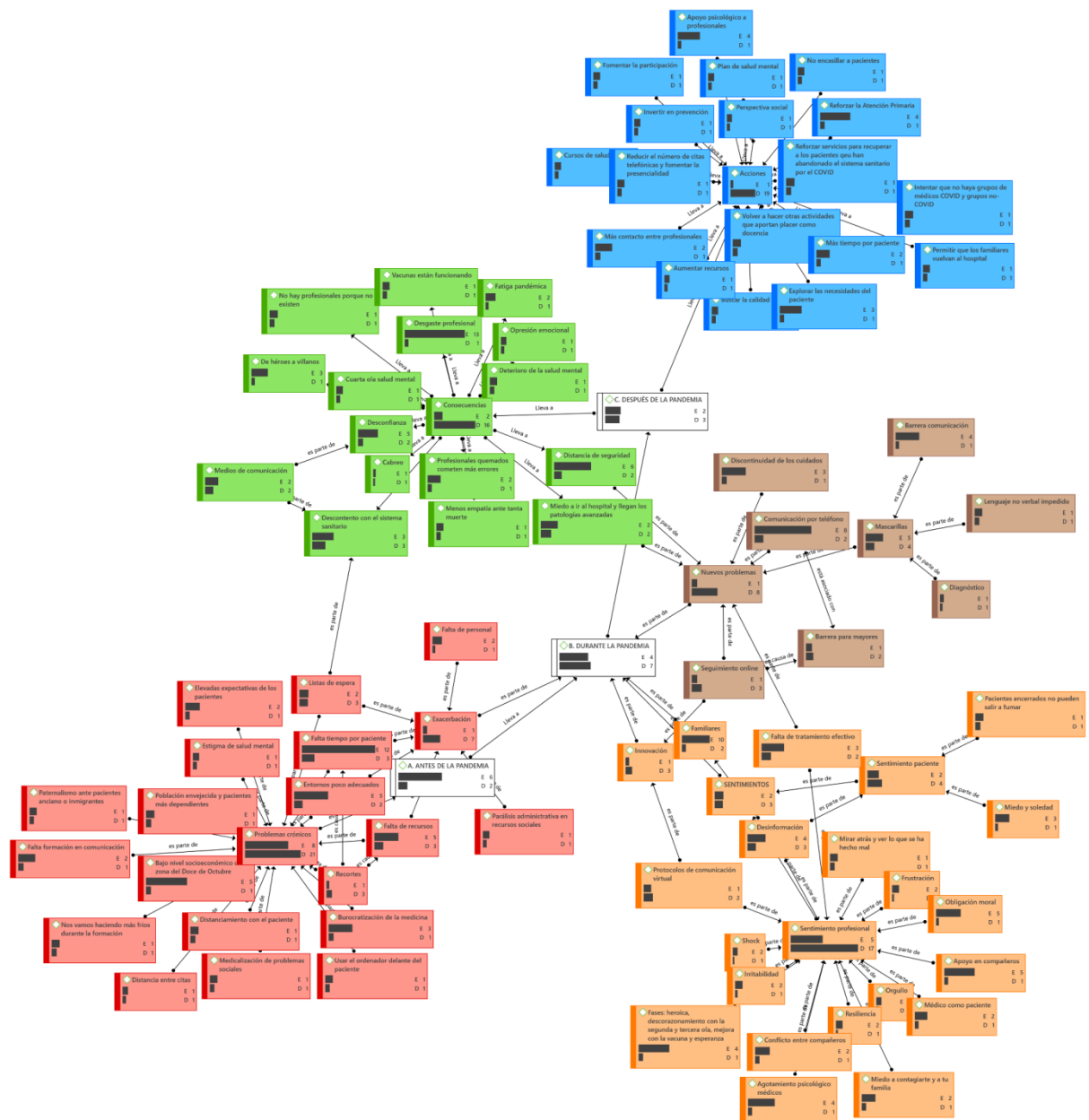


Figura 2. Codificación Axial de las 8 entrevistas. 188 incidentes se etiquetaron con 92 códigos que se agruparon en 5 categorías.

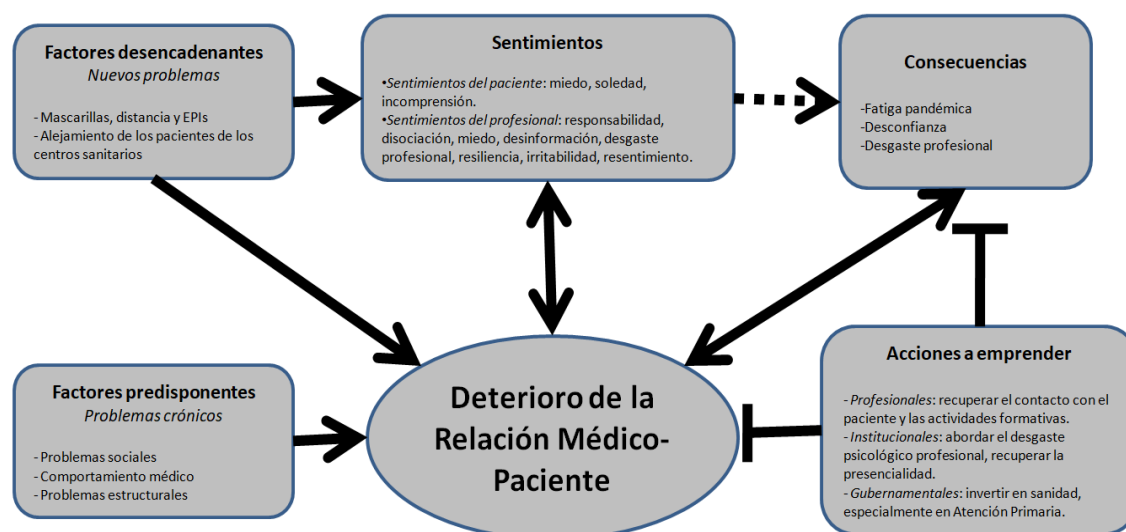


Figura 3. Matriz Condicional/Causal realizada a partir de Codificación Selectiva del Deterioro de la Relación Médico-Paciente en el contexto de la pandemia de COVID-19.

### Problemas crónicos previos a la pandemia

Antes de la pandemia, la relación médico-paciente se encontraba en parte deteriorada por problemas que hemos clasificado en tres categorías: problemas sociales, problemas derivados del comportamiento médico y problemas estructurales del sistema sanitario.

**Problemas sociales.** Por una parte, la población de la zona del Hospital Universitario 12 de Octubre presenta un nivel socioeconómico, educativo y cultural menor al de otras zonas de Madrid. Esto provoca por una parte que las expectativas de los pacientes sean distintas y que se tienda a delegar en el médico el manejo, pudiendo tender al paternalismo con algunos pacientes, especialmente con personas ancianas y extranjeras. Por otra parte, esto condiciona mucho el alta médica, ya que los pacientes en gran parte no suelen tener recursos suficientes para recibir los cuidados necesarios. Por otra parte, la población cada vez está más envejecida y existen más pacientes dependientes. Además, la población tiene unas elevadas expectativas cuando acuden al hospital:

*“...mientras no seamos capaces de recuperar ese nivel socioeconómico que tenía la sociedad, o al menos una mejor valoración y atención del grado de dependencia, desgraciadamente, esa situación se va a ver muy, muy deteriorada... tenemos una situación de cronicidad, de bajos recursos y de deterioro que desgraciadamente no podemos solucionar y no podemos dejar al paciente en una situación como estaba hace ocho o diez años.”* (FEA Medicina Interna)

En Psiquiatría, además, se suma el estigma de la salud mental. Si bien para otras enfermedades el entorno podría suponer un apoyo, en la patología psiquiátrica el paciente puede llegar a sentirse discriminado o ser señalado por su condición.

Se han introducido tanto barreras físicas como barreras psicológicas en la relación médico-paciente.

**Comportamiento médico.** Existen algunos comportamientos que ejercen los médicos que los propios facultativos describen como barreras en la relación médico-paciente. En primer lugar, existen carencias formativas en comunicación, ya que no existe una formación reglada y depende del interés del médico. Además, durante la formación el profesional tiende a experimentar una pérdida de empatía, un distanciamiento con el paciente que luego se mantiene durante el ejercicio profesional. También, ante pacientes ancianos o extranjeros se tiende a ejercer un excesivo paternalismo. Otro problema es la medicalización de los problemas sociales:

*“...muchos pacientes vienen de ‘tengo un problema familiar’, ‘tengo un problema económico’, ‘tengo un problema’, lo que sea. Y al final va al psiquiatra esperando que tú le pongas una medicación y que esa medicación cambie su vida sin que ellos hagan nada de cambio.”* (MIR Psiquiatría)

Uno de los problemas fundamentales que describen los médicos es la excesiva burocratización de la medicina. De toda la jornada laboral, solamente una pequeña parte se pasa en contacto directo con el paciente, el resto del tiempo lo pasa realizando informes de evolución, de ingreso o de alta o solicitando pruebas o prestaciones. Incluso en las consultas, en muchas ocasiones el ordenador es un obstáculo que impide al médico prestar atención a lo que el paciente le está contando.

**Problemas estructurales del sistema sanitario.** La principal carencia que tiene el sistema sanitario es la falta de recursos, hecho que afecta negativamente a la atención que podemos ofrecer. Una de sus manifestaciones es la falta de personal, que al final se traduce en poco tiempo por paciente, frecuentemente paliado con una sobrecarga de trabajo de los profesionales:

*“...me cuesta respetar la franja horaria, porque considero que los pacientes necesitan ser escuchados y volcar todo el temor que han vivido durante esta pandemia.”* (FEA Psiquiatría)

Además, muchas veces los espacios para realizar la entrevista clínica no son los más adecuados: lugares como las Urgencias del Hospital carecen de la intimidad que requiere en ocasiones la relación médico-paciente. Pese a haber una gran demanda de recursos sociales, existe una gran dificultad para acceder a ellos. También, otro de los problemas del sistema sanitario son las listas de espera y la distancia entre citas. Esta dificultad en el acceso a la asistencia y seguimiento médicos perjudica a la percepción que tienen los pacientes de la atención sanitaria y puede ser un riesgo para su patología. Muchos de estos problemas se identifican como consecuencia de los recortes en sanidad.

Durante la pandemia, estos problemas estructurales se agravaron.

### Nuevos problemas

Durante la pandemia surgieron nuevos problemas, como son el uso de las mascarillas y el alejamiento de los pacientes de los centros sanitarios.

**Mascarillas.** Suponen una barrera en la comunicación. Impiden la comunicación verbal en aquellos pacientes con déficits de audición, y también la comunicación no verbal, ya

que no permite que médico y paciente vean las expresiones en la cara del otro. Esto es especialmente grave cuando el médico no puede valorar la cara del paciente y sus expresiones durante la entrevista, ya que estas pueden formar parte del cuadro clínico del paciente y ayudar en el diagnóstico.

*“...se pierde con todo lo de las mascarillas, el EPI, mucha comunicación verbal y gestos de expresión y hace que no sea lo mismo. Es importante que el paciente vea tu cara completa y que tu cara acompañe la información. Una información sin una cara y unos gestos que lo acompañen limitan mucho la comunicación.”* (MIR Medicina Interna)

**Alejamiento de los pacientes de los centros sanitarios.** Durante la pandemia los pacientes han tenido miedo de ir al hospital. Esta discontinuidad o no-iniciación de los cuidados ha supuesto que lleguen patologías graves en fases muy avanzadas. También, se han introducido las nuevas tecnologías en el abordaje de los pacientes, como es el seguimiento *online* por videoconferencia, y se ha fomentado el uso del teléfono, tanto para la consulta como para informar tanto a pacientes como a sus familiares.

*“Gracias al seguimiento online pudimos hacer un seguimiento de los pacientes más graves, pero los miedos que se han generado en algunos de nuestros pacientes y los miedos generados en algunos profesionales, han provocado que la presencialidad de nuestras intervenciones vaya más lenta de lo que nos hubiese gustado. Tú puedes llamar a un paciente para preguntarle qué tal está, si la medicación que le pusiste funciona, cómo le ha ido, pero cuando realmente estás haciendo una intervención psicoterapéutica, es muy difícil que el paciente te pueda contar lo que le pasa por teléfono, o incluso a través de una de una pantalla.”* (FEA Psiquiatría)

### Sentimientos durante la pandemia

Recogimos también los sentimientos que los médicos percibían que experimentaban los pacientes y los propios sentimientos de los médicos. También, durante la pandemia los familiares han jugado un papel importante.

**Sentimientos del paciente.** Durante la pandemia y especialmente en las primeras olas, los pacientes se han tenido que enfrentar al miedo en soledad, a causa de la prohibición de que hubiese acompañantes y la distancia de seguridad requerida por parte de los profesionales.

*“...explicarle a un paciente que las cosas están yendo mal, que ese paciente puede fallecer o que puede haber una dificultad respiratoria brutal, que no sabe si va a poder acceder a una UVI o no, contarle eso de viva voz a un paciente que está encamado, completamente aislado, sin contacto con un familiar, es una situación muy dura porque ya están asustados por lo que han oído, por lo que han hablado, por la sensación de inseguridad al encontrarse solos...”* (FEA Medicina Interna)

Además, la pandemia también ha sido fuente de conflicto con los pacientes, ya que se han encontrado con muchas más dificultades para acceder a la asistencia sanitaria o tienen que someterse a muchas más limitaciones, como las cuarentenas, cuando están ingresados.



**Sentimiento profesional.** Varios profesionales coinciden en la vivencia de las mismas fases: en primer lugar, una fase donde la población estaba muy volcada mostrando un gran reconocimiento hacia el personal sanitario, mientras que los profesionales se enfrentaban a una patología en gran medida desconocida con una gran desinformación y en ocasiones con medidas de protección deficitarias. En ocasiones, el médico ha pasado a ser paciente y algunos compañeros han llegado a fallecer. A pesar del miedo, no tanto por su propia salud sino por ser un posible vector transmisor a sus familias, describen una obligación moral, un automatismo o una disociación que les llevaba a seguir trabajando.

*“...una primera fase que era de mucha ansiedad, sobre todo con una necesidad de estar aquí en el hospital haciendo algo porque era como una sensación interna de ‘es que tengo que estar’, y estabas intranquilo en casa porque no estabas aquí y a la vez tenías miedo por tus familiares, porque sabías que por ti no lo iban a coger porque no les ibas a ver, pero aun así... claro, verlo todos los días pues generaba también miedo a la vez y un poco de desesperanza, porque es como una enfermedad en la que no puedes hacer mucho. Y ver que todos los días crecía, crecía y crecía...”* (MIR Medicina Interna)

En la segunda y tercera olas, se generalizó un sentimiento de descorazonamiento, un agotamiento psicológico de los médicos y una gran frustración. En cuanto a la relación entre profesionales, se ha experimentado tanto un gran apoyo entre compañeros como un aumento de la irritabilidad, que también ha supuesto conflicto entre compañeros.

*“...en la segunda y la tercera olas los médicos que hemos seguido pacientes de COVID, tanto en Neumología como en Medicina Interna, hemos sufrido al seguir viendo pacientes de COVID, así como a nuestros pacientes mayores que se habían dejado de atender durante la pandemia y que han llegado ya a ingresar porque ya no podían aguantar más. Hemos tenido una sobrecarga de trabajo que ya no era tan comprendida por el resto de nuestros compañeros. Entonces sí que en ese sentido nos hemos sentido un poco decepcionados, no tanto por los compañeros de nuestro servicio, que hemos seguido unidos, sino por el resto del hospital.”* (FEA Medicina Interna)

Con la llegada de la vacuna también ha llegado una esperanza y una recuperación del desgaste experimentado. Se han desarrollado sentimientos de resiliencia, y también se ha mirado atrás y se ha comenzado a ver qué se ha hecho mal.

*“...pasas por la fase heroica, luego por la fase de cuestionarte lo que estás haciendo, cierta fase de descorazonamiento de ‘es que tenemos que intentar algo’, ‘algo hay que hacer para solucionarlo’, porque si no esto es devastador. Y luego vas viendo que con la vacuna, yo creo que tanto a nivel profesional como a nivel de sanidad pública, de una manera universal, ves que las cosas mejoran y todo va generando cierta sensación de esperanza.”* (FEA Medicina Interna)

### Consecuencias de la pandemia

Las consecuencias de la pandemia se pueden ver tanto en los pacientes como en los profesionales.

**Pacientes.** Después del momento más agudo de la pandemia existe una fatiga pandémica. Los pacientes están cansados por todo lo vivido y ya no muestran la misma comprensión que al inicio. Siguen teniendo miedo a ir a los hospitales y llegan las patologías avanzadas. Los profesionales previenen que la cuarta ola será de salud mental. Existe un descontento con el sistema sanitario y una desconfianza, en ocasiones propiciados por los medios de comunicación.

*“Es muy difícil volver a tener una relación de confianza plena. El no vernos durante un año, no ver a los familiares, al paciente, verle cinco minutos deprisa y corriendo con la máscara, con unas gafas, hace que tengamos que volver otra vez a la situación previa, porque es muy difícil comunicar por teléfono con el paciente.”*  
(FEA Medicina Interna)

Del mismo modo, la opinión hacia los profesionales ha cambiado, pasando de una gran comprensión y agradecimiento a una vuelta a la exigencia en la atención diligente.

*“Muchos de ellos no han disfrutado ni de vacaciones, y aquellos héroes de cuando salía la gente a los balcones, pues en este momento nos estamos convirtiendo en villanos, a nuestro pesar. Se nos dice que tenemos lista de espera y sin entender que es que estamos desbordados y que a veces no se puede hacer más de lo que se hace. Y eso en algunos casos, con los pacientes nuevos, los que no nos conocen, pues la imagen que pueden tener de nosotros, desde luego no es la que a nosotros nos gustaría dar. Pero también es cierto que no podemos estar continuamente escuchándonos y dando las explicaciones que nos imaginamos que tendrían que dar nuestras autoridades sanitarias.”* (FEA Psiquiatría)

**Profesionales.** El sentimiento general es el del desgaste profesional, que lleva a un deterioro de la salud mental e incluso a cometer más errores.

*“... Y eso [la sobrecarga] deteriora más todavía la relación médico paciente, porque al final, cuando tú estás sobrecargado, tu capacidad empática disminuye bastante y tu capacidad de escucha activa y de intentar hacer buenas intervenciones, y tienes la cabeza que te va a explotar.”* (MIR Psiquiatría)

Por otra parte, se mantiene la distancia de seguridad, que también es una distancia emocional con el paciente, pero las vacunas están empezando a funcionar y existe la esperanza de que poco a poco podamos recuperar la normalidad en el trato con nuestros pacientes.

### Acciones a emprender

Las acciones que se pueden emprender para mejorar la relación médico-paciente pueden agruparse en tres categorías: acciones profesionales, cuando las ejercen los médicos; acciones institucionales, cuando son los centros sanitarios los que las aplican y finalmente acciones gubernamentales, cuando son los gobiernos quienes las determinan.

**Acciones profesionales.** Es fundamental que se exploren las necesidades del paciente y que los médicos vuelvan a sentarse a su lado y hablar de persona a persona. De esta forma, serán más precisos cuando con sus acciones aporten calidad de vida. También, para afrontar el desgaste profesional, es preciso recuperar algunas acciones que

aportaban positividad y motivación al ejercicio profesional, como la docencia o el contacto con otros profesionales.

*“En vez de decirle al paciente lo que tiene que hacer, tenemos que preguntar qué necesitas o cómo te puedo ayudar.” (MIR Psiquiatría)*

*“Tenemos que intentar generar una sensación de equipo entre todos los profesionales que trabajamos en el mismo sitio, es algo que pueda ayudar, porque al final tienes a una persona al lado con la que te llevas bien, que está pasando por lo mismo que tú y te puedes desahogar con esa persona, puesto que te entiende porque ha vivido lo mismo que tú. Eso es algo que nos pueda ayudar con los pacientes.” (MIR Psiquiatría)*

**Acciones institucionales.** Para evitar que el desgaste profesional vaya a más o se centre en los mismos médicos, se ha propuesto intentar que no haya grupos de médicos COVID y grupos no-COVID, sino que se traten todos los pacientes de forma indistinta, como se ha hecho tradicionalmente. También es importante comenzar a reducir el número de citas telefónicas y fomentar la presencialidad, así como permitir que los familiares vuelvan al hospital. Entre las acciones propuestas está ofrecer apoyo psicológico a los profesionales. Durante la pandemia se ofrecía desde el Servicio de Psiquiatría, y se debería fomentar entre profesionales también, el participar en cursos de salud mental para adquirir herramientas para gestionar sus emociones.

Es necesario que se implementen acciones profesionales, institucionales y gubernamentales para evitar unas consecuencias que supondrían un deterioro aún mayor de la relación médico-paciente.

*“...fuimos de los primeros servicios o el primer hospital que puso en marcha una consulta para atender a aquellos profesionales del hospital que se estaban sintiendo afectados psicológicamente [...] parece que los médicos nos sentimos invulnerables ante la enfermedad, por lo que a veces nos cuesta pedir ayuda. Pero, por ejemplo, personal de enfermería, auxiliares de enfermería, son los que primero contactaron por la sensación de verse desbordados, no de no saber qué hacer.” (FEA Psiquiatría)*

**Acciones gubernamentales.** Es fundamental aumentar los recursos, especialmente reforzando la Atención Primaria. Hay que invertir para poder recuperar a aquellos pacientes que han abandonado el sistema sanitario por el COVID, es preciso invertir en prevención y en servicios sociales y dotar a las consultas de más tiempo por paciente. También, desde los gobiernos, se debe fomentar la participación de los profesionales y de la ciudadanía en la gobernanza.

*“Reforzar la Atención Primaria. La Atención Primaria es el eje de nuestra sanidad. De esta pandemia no se sale con más respiradores o más UCIs, se sale con más médicos de Atención Primaria, con más enfermería de Atención Primaria, con más equipos de Primaria. Ellos son el elemento fundamental para la detección temprana, para la vacunación, para la prevención. Si no consolidamos, si no mejoramos los equipos de Atención Primaria vendrán otras pandemias y nos provocarán lo mismo.” (FEA Psiquiatría)*

## Discusión

### Resultados clave

- Entre los problemas crónicos que existían antes de la pandemia destacan la falta de tiempo por paciente, la falta de recursos, los entornos asistenciales poco adecuados y el bajo nivel socioeconómico de la población asignada al Hospital 12 de Octubre, así como la excesiva burocratización de la medicina.
- Desde el punto de vista de los profesionales sanitarios, los sentimientos que más se han experimentado durante la pandemia han sido: primero, la obligación moral de responder a las necesidades del sistema y luego, un agotamiento psicológico generalizado.
- Entre los nuevos problemas que han surgido, destacan el obstáculo para la relación médico-paciente que suponen las mascarillas y la relación a distancia mediante herramientas *online* o telefónicas.
- Si no se adoptan medidas, cabe esperar un desgaste profesional más acusado y la aparición de una brecha en la confianza entre los médicos y los pacientes.
- Entre las acciones que se pueden emprender están el reforzar la Atención Primaria y los servicios sanitarios con más efectivos de personal y de recursos y ofrecer apoyo psicológico a profesionales.

### Limitaciones

*Sesgo de participación.* Es posible que los profesionales con una mayor sobrecarga laboral no hayan querido o podido participar en el estudio. Además, dado que se realizaba un Muestreo Teórico, se asume que pueda existir un sesgo relacionado con la participación de profesionales con menores niveles de *burnout*, que se mostrarían más dispuestos a participar en actividades de este tipo. La elección del Hospital Universitario 12 de Octubre para realizar el estudio obedece a la conveniencia, no obstante, consideramos que los resultados pueden ser representativos de lo ocurrido en hospitales públicos, al menos en grandes ciudades.

*Tamaño muestral.* Francis et al. (2010) sugieren que el número de entrevistas debería ser como mínimo de diez, seguido de tres entrevistas en las que no aparezcan nuevos contenidos, mientras que en nuestro estudio solo hemos realizado ocho entrevistas por la limitación temporal y de recursos, poniendo en riesgo que no se haya alcanzado una saturación de contenidos real.

*Falta de técnicas de aseguramiento de la fiabilidad de la información.* No se han incluido técnicas para asegurar la credibilidad de los datos analizados, como auditorías o triangulación, dada la limitación de temporal y de recursos.

Relación con publicaciones similares:

Un estudio cualitativo para valorar las causas del *burnout* profesional (Agarwal et al., 2020) presentó entre las posibles acciones a emprender: ayudar a los profesionales a manejar la sobrecarga de trabajo aumentando los recursos; introducir políticas de seguridad y conciliación personal; fomentar la participación y la socialización con compañeros y apoyar el profesionalismo y la formación. En una metasíntesis (Nolte, Anna Gw; Downing, Charlene; Temane, Annie; Hastings-Tolsma, 2017) de 9 estudios valorando la fatiga de la compasión en enfermeras, se proponían como medidas para prevenir el desgaste: el apoyo entre compañeros; el desarrollo de oportunidades profesionales; el establecimiento de límites profesionales; el "*debriefing*"; las mentorías;

el fomento del liderazgo enfermero y la instauración de estrategias de autocuidado (por ejemplo: reflexión, ejercicio, espiritualidad). Estos resultados son similares a los que hemos obtenido en nuestro estudio y apoyan la idea de que es necesario fomentar el contacto entre compañeros y el cuidado emocional de los profesionales.

Indicaciones para futuras investigaciones:

Sugerimos que en futuras investigaciones las entrevistas sean realizadas por varios investigadores, tras recibir una formación previa para evitar la introducción de sesgos; que la transcripción se haga de manera automática con una posterior revisión de los entrevistadores y que el análisis de los datos sea llevado a cabo por un grupo de investigadores diferente al que realizó las entrevistas. Idealmente, cada investigador debería hacer un análisis en paralelo para luego poder triangular los resultados y obtener unas conclusiones menos sujetas a sesgos personales.

## Conclusiones

La pandemia de COVID-19 ha actuado como detonante de un rápido deterioro de la relación médico-paciente, la cual ya contaba con varios factores predisponentes crónicos que la estaban obstaculizando.

Desde el punto de vista de los médicos, se ha producido un gran desgaste profesional y se han introducido tanto barreras físicas como barreras psicológicas que van a tener que ser abordadas mediante acciones profesionales, institucionales y gubernamentales para evitar unas consecuencias que supondrían un agravamiento del deterioro de la relación médico-paciente.

## Otra información

### Financiación

Este estudio carece de financiación externa.

### Consideraciones éticas

El estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación (Anexo II) con medicamentos del Hospital Universitario 12 de Octubre, el cual dio su aprobación el 09/02/2021.

El estudio se ha llevado a cabo siguiendo los principios recogidos en la Declaración de Helsinki (revisión de Fortaleza, octubre de 2013). El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todas las personas que participan en el estudio se ajusta a la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD). Las entrevistas han sido grabadas con grabadora de audio del teléfono móvil del investigador y almacenadas en una unidad de almacenamiento no conectada a la red. Todos los participantes han comprendido el objeto del estudio y han firmado el consentimiento informado. Para garantizar la confidencialidad de las entrevistas, se han recogido los datos identificativos y de contacto de los participantes, pero no serán publicados. La recogida de datos se ha realizado durante el mes de abril de 2021. Todos

los datos individuales recogidos serán eliminados, una vez analizados y presentados, y con una fecha límite del 31 de diciembre de 2021.

## Bibliografía

- Agarwal, S. D.; Pabo, E.; Rozenblum, R. y Sherritt, K. M. (2020). Professional Dissonance and Burnout in Primary Care: A Qualitative Study. *JAMA Internal Medicine*, 180 (3), 395–401. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.6326>
- Baños Jiménez, J. P.; Baquero Úbeda, J. L.; Bátiz Cantera, J.; Borrell i Carrió, F.; Callizo Silvestre, A.; Casado Blanco, M.; Cerame del Campo, Á.; De Montalvo Jääskeläinen, F.; Expósito Duque, V.; Fernández Ortega, J.; Gálvez Sierra, M.; García de Diego, E.; García García, A.; García Pérez, M. A.; Gómez Esteban, R.; Hernández Clemente, J. C.; López Calderón, L.; Mahtani Chugani, V.; Martínez Aguado, L. C. y Rodríguez Sendín, J. J. (2019). *Manual de la Relación Médico-Paciente*. Foro de la Profesión Médica de España (FPME). [https://www.cgcom.es/sites/default/files/relacion\\_medico\\_paciente\\_2019/](https://www.cgcom.es/sites/default/files/relacion_medico_paciente_2019/)
- Chapman, A. L.; Hadfield, M. y Chapman, C. J. (2015). Qualitative research in healthcare: An introduction to grounded theory using thematic analysis. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 45 (3), 201–205. <https://doi.org/10.4997/JRCPE.2015.305>
- Francis, J.; Johnston, M.; Robertson, C.; Glidewell, L.; Entwistle, V.; Eccles, M. y Grimshaw, M. (2010). What is an adequate sample size? Operationalizing sata saturation for theory-based studies. *Psychology and Health*, 25 (10), 1229–1245.
- Freudenberger, Herbert, J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 90 (1), 159–165.
- Gautam, M.; Kaur, M. y Mahr, G. (2020). COVID-19–Associated Psychiatric Symptoms in Health Care Workers: Viewpoint From Internal Medicine and Psychiatry Residents. *Psychosomatics*, 61 (5), 579–581. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2020.04.009>
- Hernández Carrera, R. (2014). La investigación cualitativa a través de entrevistas: Su análisis mediante la teoría fundamentada. *Cuestiones Pedagógicas. Revista de Ciencias de La Educación*, 0 (23), 187–210.
- Hewitt-Taylor, J. (2001). Use of constant comparative analysis in qualitative research. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 15 (42), 39–42. <https://doi.org/10.7748/ns2001.07.15.42.39.c3052>
- Kumar, S. (2007). Burnout in psychiatrists. *World Psychiatry*, 6(3), 186–189.
- Nolte, Anna Gw; Downing, Charlene; Temane, Annie y Hastings-Tolsma, M. (2017). Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis. *J Clin Nurs.*, 26 (23–24), 4364–4378. <https://doi.org/10.1111/jocn.13766>
- West, C. P.; Dyrbye, L. N. y Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283 (6), 516–529. <https://doi.org/10.1111/joim.12752>

## **Agradecimientos**

Agradecemos a los Servicios de Medicina Interna y Psiquiatría del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid el permiso para realizar el estudio, así como su participación. También agradecemos a la Unidad de Investigación y Soporte Científico del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid su asesoramiento con la metodología estadística.

Un agradecimiento especial a la Dra. Lydia Feito Grande, profesora de Bioética y Humanidades Médicas en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, quien ha ejercido de tutora en la elaboración de este estudio.