

COLABORACIÓN ESPECIALRecibido: 26 de abril de 2021
Aceptado: 21 de mayo de 2021
Publicado: 7 de septiembre de 2021**PERCEPCIÓN DEL RIESGO ENTRE LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANTE EL PRIMER CASO DE INFECCIÓN SECUNDARIA POR ÉBOLA EN ESPAÑA. ESTUDIO DE CASO**

Ana Ayuso-Álvarez (1,2), Teresa Blasco Hernández (1,2) y Agustín Benito Llanes (1,2)

(1) Centro Nacional de Medicina Tropical. Madrid. España.

(2) Red de Investigación Colaborativa en Enfermedades Tropicales (RICET). España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

En 2014, el primer caso de infección secundaria por ébola fuera de África detectado en España provocó una sensación de amenaza global. Este estudio evaluó la Percepción de Riesgo (PR) entre el personal de sanitario e identificó los agentes que la amplificaron o la redujeron. A través de un muestreo de bola de nieve, se realizaron 5 entrevistas en profundidad, siendo los criterios de inclusión: tratar al paciente con sospecha de ébola y/o haber participado activamente en el manejo de la crisis en el centro hospitalario. Se utilizó la triangulación para validar y verificación los resultados. El trabajo de campo se realizó entre febrero y junio de 2015. Los factores claves en la construcción de Percepción de Riesgo fueron la formación, la gestión de la información, el trato percibido por el personal sanitario y la confianza en las autoridades sanitarias. Las autoridades políticas y sanitarias, los medios de comunicación y los sindicatos actuaron como amplificadores de la PR, el Comité de Expertos y la Dirección del hospital lo hicieron como reductores de la PR. El comportamiento entre iguales actuó como reductor entre el personal médico y como amplificador entre el personal de enfermería y de limpieza. Se trata de información relevante de cara a manejar situaciones de crisis sanitarias de similares características.

ABSTRACT**Risk Perception among health professionals in the first case of secondary Ebola infection in Spain. Case study**

In 2014, the first case of secondary Ebola infection outside Africa detected in Spain, caused a sense of global threat. This study assess Risk Perception amongst the health personnel and identify the agents that amplified or reduced it. Through a snowball sampling, 5 in-depth interviews were carried out. Inclusion's criteria: treating the patient suspected of Ebola and/or of having been actively involved in the management of the crisis. Triangulation and member checking were used to validate findings. Field work was between February and June 2015. In Risk Perception's construction were involved Formation, Management of Information and Trust. Political and Health Authorities, Media and Unions acted as amplifiers whereas the Expert Committee and Hospital Management as reducers. Peer-to-peer behavior acted as a reducer amongst the medical staff and as an amplifier between the nursing and cleaning staff. This information would be relevant to better manage a health crisis of this characteristics.

ANTECEDENTES

El primer brote conocido de ébola fue en el Congo (antes Zaire) en 1976 y desde entonces el virus estuvo circulando en diferentes países de África⁽¹⁾. En 2014, la epidemia de ébola alcanzó una magnitud sin precedentes, lo que llevó a la OMS a declarar la primera alerta internacional en marzo y a considerarla como una emergencia de salud pública internacional en agosto.

Durante la epidemia en África, uno de los grupos con mayor volumen de personas infectadas fue el de los trabajadores sanitarios^(2,3,4,5). El 6 de octubre de 2014 se detectó en Madrid, España, el primer caso de infección secundaria por ébola adquirida fuera de África, en un profesional de la salud que había atendido a un misionero español repatriado⁽⁶⁾. La aparición posterior de nuevos casos en Estados Unidos y Reino Unido (ABC News, 14 de octubre de 2014; CNN, 14 de octubre de 2014)^(7,8), provocó una sensación de amenaza global.

A pesar de que el mundo occidental y la comunidad sanitaria, ya se habían enfrentado a epidemias de enfermedades infecciosas como el VIH, el SARS y la gripe aviar, con mayor capacidad para transmitir la enfermedad (R_0) que el ébola, no generaron la misma sensación de amenaza global provocada por el virus del ébola⁽⁹⁾ (EVE), y que puso en evidencia la diferencia entre el riesgo y la percepción del riesgo.

Aunque existen múltiples definiciones de riesgo (R), la más consensuada lo define como la probabilidad de sufrir un evento adverso cuyo desenlace suele ser incierto⁽¹⁰⁾ y la magnitud de sus consecuencias cuantificables. La percepción del riesgo es un sentimiento de amenaza experimentado por un individuo e implica una evaluación de la probabilidad de experimentar un evento adverso y sus consecuencias⁽¹¹⁾.

Experiencias previas de crisis sanitarias internacionales mostraron que la PR entre los profesionales de la salud puede modificar su comportamiento e influir en su intención de protegerse y/o exponerse a ciertos factores de riesgo, llegando incluso a bloquear la respuesta institucional a una crisis^(12,13,14).

El objetivo de este estudio fue estudiar la Percepción de Riesgo entre los profesionales sanitarios del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) que atendieron el primer caso de EVE en España, identificar los elementos con los que se construyó esta sensación de amenaza y los agentes que la amplificaron o redujeron.

SUJETOS Y MÉTODOS

Lugar de estudio, población y diseño: El 6 de octubre de 2014, un paciente con sospecha de ébola ingresó en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Universitario de Alcorcón (HUFA). Fue el primer caso de contagio contraído fuera de África, y se produjo en un profesional sanitario que atendió a dos expatriados españoles. El caso generó una alarma social sin precedentes y la aparición de dos casos más en el Reino Unido y EEUU, aumentó aún más la sensación global de la amenaza. Por esta razón se realizó un estudio de caso⁽¹⁵⁾. En diciembre de 2014, contactamos con la unidad de investigación del hospital y, mediante un muestreo de bola de nieve, identificamos a los profesionales que habían estado en contacto directo con el paciente o que se habían involucrado de manera decisiva en el manejo de la crisis en el centro hospitalario. El trabajo de campo comenzó en febrero y duró hasta junio, después de eso fue literalmente imposible realizar más entrevistas, los profesionales no querían hablar ni recordar lo sucedido.

Se utilizó la entrevista en profundidad como técnica de investigación, con las que se realizó posteriormente un análisis del discurso.

Reclutamiento de participantes: Los criterios de inclusión fueron: haber tenido contacto directo con el paciente con sospecha de EVE y haber participado activamente en el manejo de la crisis en el hospital. Se realizaron un total de 5 entrevistas en profundidad. La primera entrevista tuvo lugar tres meses después de que el caso fuese dado de alta (y se consideró pasada la crisis) y, el resto, 6 meses después. A pesar de su escasez, se entrevistó a todas las personas que asistieron al caso. Dos de

ellos estuvieron altamente expuestos (HRS) al paciente (médico y enfermero), otros dos estuvieron sujetos a baja exposición (LRS), apoyando a los profesionales que atendieron al paciente (dos médicos) y el último entrevistado probablemente no estuvo expuesto (LPRS) al paciente (psicólogo). Estas cinco entrevistas permitieron abordar los tres escenarios de exposición al riesgo definidos por el Ministerio de Sanidad, en el protocolo del 3 de diciembre de 2014⁽¹⁶⁾ (ver **tabla 1**) y en su impacto no solo en la unidad de urgencias sino en la totalidad del hospital. Todos los entrevistados eran personal sanitario; tres eran hombres y dos mujeres.

Tabla 1
Escenarios de riesgo de exposición al virus ébola en el sector Salud.

Escenarios de exposición al riesgo al ébola en el sector sanitario		
Alta exposición al riesgo (HRS) Trabajadores que atienden casos o pacientes con EVD.	Exposición de bajo riesgo (LRS) Personal cuya actividad profesional no incluye contacto con fluidos corporales, material contaminado o con un fallecido por EVE (por ejemplo, bedeles, conserjes, personal de limpieza).	Baja posibilidad de exposición (LPR) Trabajadores que no están en contacto directo con el público o lo están a más de un metro de distancia o lo hacen con medidas de protección para evitar el contacto (por ejemplo, administrativos, conductores de ambulancia...).
Personal de laboratorio que maneja material contaminado.		
Personal que maneja fallecidos por EVE o pacientes sospechosos de ébola.		
Personal de limpieza que tiene contacto directo con material contaminado, fluidos aerosoles o de otro tipo.		
Elementos de protección		
Componentes del EPI para la protección contra fluidos y, en su caso, contra aerosoles.	Disponibilidad de bata (resistente a la penetración de fluidos), mascarilla quirúrgica, guantes, gafas o protección facial y, en su caso, manguera o botas.	No es necesario utilizar el EPI.

Entrevistas en profundidad: El guion de la entrevista se realizó a partir del modelo de Percepción de Riesgo⁽¹⁷⁾, el Modelo Extendido de Percepción Riesgo⁽¹⁸⁾ y el Modelo Social de Amplificación y Reducción del Riesgo⁽¹⁹⁾. Se recogió información sobre las emociones y sentimientos vividos por los profesionales tras la llegada del paciente con sospecha de ébola, cómo se manifestaron y el impacto que tuvieron en la sala de aislamiento, urgencias y en el hospital en general. También se les preguntó sobre el papel que jugaron algunos agentes durante la crisis -medios de comunicación, autoridades, comité de expertos, dirección y sindicatos-. Cada entrevista fue adaptada al escenario de riesgo y rol del entrevistado (médicos, enfermeras y psicólogos). La duración de las entrevistas fue de entre 60 y 90 minutos, y fueron grabadas y transcritas.

Gestión y análisis de datos: Con el fin de recoger las emociones y sentimientos que se generaron durante la crisis entre los profesionales sanitarios, se pidió a los entrevistados que describiesen cómo vivieron la entrada de los misioneros en el país, la llegada del caso al hospital, su estancia en la sala de aislamiento, la semana posterior a su salida del hospital, y meses después una vez la paciente fue dada de alta. Esta información, además de identificar las emociones y sentimientos más importantes en cada momento de la crisis, nos permitió ver la evolución de la percepción del riesgo, tiempos y espacios distintos. Para visualizarlo se construyó una escala (0-3). El miedo fue elegido como una variable de referencia, ya que por un lado fue una emoción compartida por todos los profesionales, pero por otro su gestión fue totalmente diferencial entre los distintos colectivos sanitarios, generando también comportamientos distintos. Al miedo se le asignó el valor 2 y el resto de las variables se configuraron según el grado de proximidad e intensidad con respecto a la variable de referencia: pánico=3, preocupación=1 y olvido=0.

A partir de las entrevistas en profundidad se realizó un análisis del discurso desde la lógica abductiva^(20,21), se inició con un proceso analítico de descomposición del discurso en unidades elementales, en busca de categorías capaces de dar sentido a la realidad social estudiada, seguido de una síntesis o proceso inductivo en busca de conexiones del discurso con el contexto, dotándole de significado. La validación de la interpretación del discurso se realizó mediante dos estrategias: la triangulación -dos investigadores realizaron el análisis de los discursos y se compararon sus respectivos hallazgos entre sí (intersubjetividad), también se utilizó para controlar la confiabilidad entre evaluadores-, y validación de resultados con los entrevistados.

Este estudio se ha realizado siguiendo los principios de la Declaración de Helsinki y el Informe Belmont. Todos los entrevistados firmaron un consentimiento informado.

RESULTADOS

Construcción de la percepción de riesgo entre los profesionales sanitarios: El discurso de los profesionales sanitarios muestra que la Percepción del Riesgo es un proceso dinámico en permanente reconstrucción, y que varía en función de cómo se desarrollen, resuelvan e interpreten los eventos (figura 1).

El avance de la Percepción de Riesgo permitió identificar momentos (12 horas tras el ingreso, 42-72 horas y días posteriores) y espacios claves (sala de aislamiento, urgencias, hospital) en los que surgieron diferentes emociones y sentimientos en los que se basó la PR. En la evolución de la PR se identificaron claramente 5 etapas, cada una de ellas podría caracterizarse por: preocupación, miedo, pánico, enfado e ira y finalmente resignación y olvido (tabla 2).

En la sala de aislamiento, donde estuvo el paciente durante 12 horas, reinó la paz y

Figura 1
Representación gráfica del análisis estratégico.



Variable referencia el Miedo (2): Pánico (3), Inquietud (1) Olvido (0)

Tabla 2		
Emociones y sentimientos asociados con la Percepción de Riesgo.		
Etapas	Emociones y sentimientos asociados con RP	Verbatims de los entrevistados
1. Antes de la llegada del paciente al HUFA	Preocupación	“Creo que había un sentimiento de incertidumbre sobre lo que podría pasar, esperábamos un inmigrante pero no un trabajador sanitario... Había preocupación más que miedo por lo que podría pasar.” (I.3, LRS)
2. Tiempo del paciente en la sala de emergencias	Preocupación Incertidumbre Inquietud Ansiedad Soledad Desamparo Miedo	“Ese mismo día hubo momentos de malestar, cuando se administraron inyecciones al paciente, y hubo momentos de miedo [...], un momento de shock cuando estábamos muy, muy, muy solos. No sabíamos qué había fallado y no sabíamos si el paciente había infectado a más personas o si íbamos a tener una avalancha de casos.” (I.2, HRS)
3. 48-72 horas después	Pánico Estrés Abandono Desamparo Repugnancia	“Creo que esas primeras 48-72 horas, tal vez esos primeros cuatro o cinco días hasta que las cosas se enfocaron, sí, había muchas emociones en el hospital, todo el personal tenía mucho miedo y había una sensación de inseguridad y pánico. [...] En otras palabras, era como la teoría del péndulo: pasamos de una situación en la que no pasaba nada, a una explosión de pánico.” (I.5, HRS)
4. Aislamiento hospitalario	Perplejidad Enfado/Ira Aversión	“Aparte de las personas que han querido ir voluntariamente, a los demás se les ha privado de su libertad. Es como meterlos en la cárcel... Y sin ningún beneficio.” (I.3, LRS)
5. Seis meses después	Resignación Olvido	“...Fue hace tiempo, fue muy difícil. Las personas que lo pasaron lo hicieron muy intensamente y luego sientes que tienes que pasar página, [...] Ya no interfiere con tu vida diaria.” (I.5, HRS)

la tranquilidad, mientras que en el resto del servicio de urgencias el miedo dio paso al pánico. Las enfermeras del turno de la mañana fueron sometidas a una gran presión por parte del sindicato, y se negaron a atender al paciente, el personal de limpieza también se negó a limpiar o retirar el material contaminado del área de aislamiento tras abandonar la paciente el HUCA. Durante las 42-72 horas posteriores al traslado del paciente al Hospital Carlos III, el pánico se extendió al resto del hospital.

Los profesionales sanitarios refieren que, aunque el miedo fue compartido por todos los colectivos, la gestión que se hizo de él entre ellos fue marcadamente diferente como puso de manifiesto sus comportamientos.

“Por supuesto que da miedo, pero para eso somos profesionales: lo manejamos para que los demás no lo tengan, que es lo que hizo la dirección. ¿Por supuesto que tendrían miedo! ¿Por qué no lo iban a tener? Pero lo gestionaron bien.” (I.3, LRS)

En la gestión del miedo, la información, la formación y la experiencia resultaron herramientas fundamentales con las que hacer frente al riesgo. Cuando el pánico se extendió por la sala de emergencias, solo un enfermero se ofreció a atender al paciente, cuando le preguntamos cómo controló el miedo su respuesta fue que el él era el responsable del programa Viremia Zero en el Hospital, y que por tanto tenía más conocimientos y experiencias que sus compañeros, estaba más preparado que sus compañeros para controlar el riesgo de contagio y, además era responsable del equipo de enfermería y, por lo tanto:

“Era mi deber hacerlo.” (I.2, HRS)

En el discurso, se identificaron dos elementos claves en la construcción de la Percepción de Riesgo: la formación y la gestión de

la información. Afirmaron que la formación fue escasa, teórica y solo se impartió a personal sanitario, en concreto al de urgencias, olvidándose de colectivos altamente expuestos como el personal de limpieza, de alto riesgo:

“[Antes de la llegada del paciente] se nos informó sobre cómo reconocer el ébola, y... Se mostró un diagrama de cómo ponerse y quitarse el traje, nada práctico.” (I.5, HRS)

Los entrevistados, afirmaron que se produjo un problema grave en el hospital, la falta de legitimidad y liderazgo entre el personal de la especialidad encargada de la formación, la medicina preventiva, frente a otras especialidades. Entre las razones esgrimidas se encontraron: su insistencia al inicio de la crisis de la baja probabilidad de que se produjese en caso, su defensa a un protocolo que contaba con errores en la definición de caso y el hecho de ser una especialidad que no requiere tener contacto con los pacientes.

“...En nuestro hospital, los responsables de impartir formación en medicina preventiva no eran respetados por los empleados; desconfiaban de su información... La gente tenía miedo y ese miedo no se vence diciendo: Aquí el protocolo dice que puedes hacerlo. Además, tenían que decir... mira cómo lo estoy haciendo... Eso ha sido un problema grave.” (I.1, LRS)

La formación también tuvo un efecto péndulo en el sentido de que, al inicio, prácticamente fue inexistente, pero una vez llegado el caso no se escatimó esfuerzos lo que reflejó, según los profesionales sanitarios, la manera improvisada con la que se preparó la respuesta a la crisis.

“[Después de la llegada del paciente] ... Dos chicos estaban entrenando a todo el personal contra el reloj en ponerse y quitarse el equipo de protección personal. Ese estrés no ha desaparecido [cuatro meses después].” (I.2, LRS)

Respecto a la información recibida, reconocieron que prestaron poca atención a los protocolos, pensando que un caso de EVE es poco probable. Destacaron que la gestión de la información estuvo inicialmente contaminada políticamente, y que la decisión de traer a los repatriados se debió más a la imagen internacional de España que querían proyectar, que a una estimación de su capacidad para afrontar esta situación. Esto se caracterizó por un vacío de información.

“...El flujo de información no era correcto (I.1, HRS). ...A las 18:00 de la tarde recibí un mensaje ‘la noticia ya está en internet’, entonces le pregunté al médico si ya lo habían confirmado [por fuentes oficiales], y me respondió ‘no’, y yo dije: ‘Vamos a internet’, y tecleábamos: ‘Alcorcón’, ‘Ébola’, y decía ‘Alcorcón confirmado como positivo’.” (I.3, LRS)

Afirmaron que la información transmitida en la rueda de prensa convocada por el Ministerio de Sanidad, generó sorpresa y gran preocupación, ya que reflejó el considerable desconocimiento de las autoridades político-sanitarias sobre la enfermedad.

“[Refiriéndose a la conferencia de prensa] Si de repente transmite un mensaje extraño, divaga y duda en una situación de crisis, causa pánico, porque dice ‘la cosa es... no sabe lo que está diciendo’ o dices, ‘no, dilo tú’, ‘no, dilo tú’ ...luego te preguntas, ‘pero ¿quién está a cargo aquí? Dios mío. ¿No estaba esto bajo control?’ ...Creo que había la sensación de que nadie estaba haciendo nada, que todos estábamos solos, y eso... causó el caos y fue un caldo de cultivo perfecto para que explotara.” (I.5, HRS)

Esto, unido al vacío de información institucional al inicio de la crisis, hizo que los medios de comunicación fueran la única fuente de información, emitiendo mensajes alarmistas sin contrastar.

“...Hicieron su trabajo, es cierto que amplifican las cosas, pero prefiero ese ruido al vacío de información... Son el cuarto poder y gracias a Dios existen.” (I.-1, LRS).

Los profesionales sanitarios concluyeron que la respuesta a la crisis se caracterizó por la improvisación, la falta de coordinación en la respuesta, así como la falta de empatía de las autoridades políticas de salud hacia los profesionales sanitarios.

“El encargado de medicina preventiva tuvo que llamar tres veces para que le hicieran el PCR, nos dijeron que era gripe [en ese momento la definición de caso del protocolo estaba equivocada], y la tercera vez tuvieron que contactar a autoridades superiores porque aparentemente no tenía idea de que se trataba de un caso de ébola.” (I.3, HRS)

“Mientras salía la noticia en la prensa, nos decían por teléfono, que todavía no tenían el resultado, y eso sienta MUY MAL... Te quejas, lloras, y le dices a todo el que quiera escucharlo.” (I.5, LRS)

“[La llegada del paciente] fue un momento de shock, es una enfermedad muy grave que requiere un manejo especial y estábamos muy solos ... No tuvimos la lista de contactos hasta tres días después, despertamos con nuestra sala de aislamiento habitación cerrada, sin poder trabajar y sin saber qué hacer en caso de que alguien pareciera infectado, ehh..., muy asustados, realmente con mucho miedo...” (I.3, LRS)

En la evaluación continua que los profesionales sanitarios realizaron sobre la gestión de crisis, el trato recibido por las autoridades de política sanitaria jugó un papel fundamental.

“[Cuando vinieron a trasladar al paciente a otro hospital especializado] ...ese fue el golpe de gracia que nos dieron, porque... primero nos

envían un caso de ébola, 'aquí está el paciente de ébola, ahí tienes', no quieren hacen el diagnóstico, no nos dicen el resultado, no trasladan al paciente, ¡tardaron menos en traerlo de Liberia! Y para colmo..., nos señalan nuestras carencias... porque cuando vienen aquí, llegan todos equipados [el personal que vino a trasladar al paciente al Hospital Carlos III llevo con todo lo recomendado por los ECDC, mientras que en el HUFA estaban usando el equipo sobrante de la crisis provocada por la Gripe Aviaria], significa 'caray!, pero ¿qué he hecho?, tal vez me muera por esto'." (I.3, LRS)"

"...Entonces, hemos pasado de no hacer nada a secuestrar gente [refiriéndose al aislamiento], porque algunos de esos trabajadores fueron amenazados por las autoridades para aislarse, porque claro te dicen '...mira si no vas voluntariamente, llevaremos el tema a los tribunales y te enviaremos a la policía' ¿es eso voluntario?" (I-1, LRS). "...Encima de que haces bien tu trabajo, van y te encierran durante 3 semanas como castigo." (I.3, LRS) [Conviene tener en cuenta que los profesionales en contacto con el caso pasaron una revisión en el propio hospital y se les considero que estaban capacitados para continuar con su trabajo sin generar ningún riesgo].

La confianza apareció como resultado de esa evaluación. Entre los profesionales sanitarios se generó una enorme desconfianza hacia las autoridades sanitarias y políticas, al mismo tiempo que se fortaleció la confianza en la respuesta de la dirección del hospital y su capacidad para resolver la crisis.

"...Como hospital no recibimos ningún apoyo de nadie... todo se hacía desde aquí, desde dentro por los profesionales del hospital y por su equipo directivo... Confiábamos el uno en el otro, aquí en el hospital, pero en cuanto a ellos [refiriéndose a instituciones y autoridades políticas y sanitarias], nos dejaron sin palabras... Hicieron

todo lo posible para contagiarnos [ríe irónicamente]. Ese puede ser el resumen." (I.3, LRS)

En este proceso dual de construcción-deconstrucción de la confianza, jugó un papel clave el trato que los profesionales sanitarios percibieron haber recibido por parte de las autoridades político-sanitarias.

Agentes que actuaron como amplificadores y/o reductores de la percepción de riesgo: Cuando se les preguntó sobre el papel que jugaron las autoridades políticas y sanitarias, los medios de comunicación, el sindicato, el comité de expertos y la gestión hospitalaria en la Percepción del Riesgo, se encontró que los tres primeros actuaron como amplificadores del sentimiento de amenaza.

"Hubo un ataque de pánico... creo que por falta de información... Y porque pasó de ser un debate médico a uno político... Eso fue explosivo [...] Las autoridades políticas estaban muy lejos de hacer su trabajo correctamente." (I.3, HRS)

"Ese día vinieron inmediatamente [refiriéndose al sindicato] y el delegado sindical presionó mucho a la unidad de urgencias, diciendo [al personal de enfermería] que no estaban debidamente capacitados, que no entrarán, que el riesgo era muy alto, luego todos se pusieron muy, muy, muy nerviosos, hasta el punto que todos empezaron a decir que no iban a entrar, tenían mucho miedo." (I.2, HRS)

"La transmisión del pánico iba en aumento con los medios, provocando una ola de pánico insoportable y descontrolada. Medio país se estaba volviendo loco, hubo un ataque de pánico." (I.5, HRS).

Mientras tanto, la dirección y el equipo directivo del HUFA y el Comité de Expertos actuaron como reductores:

“...Reaccionaron con compostura [refiriéndose a la dirección del Hospital], especialmente el gerente, cuyo enfoque fue muy ejecutivo y organizado, reportando información y siendo transparente sobre lo que se había hecho. Se dieron sesiones informativas a todo el personal en tres días... que informaban sobre a qué temer y a qué no...” (I.3, LRS)

El comportamiento y la actitud entre compañeros actuó como reductor de la amenaza entre el personal médico y como amplificador entre el personal de enfermería y de limpieza.

“No estoy preocupada [enfermera], son mis compañeros los que me están preocupando.” (I.2, HRS)

“...Es decir, la experiencia con ella [la paciente] fue tranquila, el médico estuvo muy tranquilo...” (I.2, HRS)

Estos agentes utilizaron tanto la formación como la información para ampliar o reducir la percepción del riesgo.

Las autoridades políticas y sanitarias, con el vacío informativo al inicio, mensajes confusos y ambivalentes, así como declaraciones en las que minimizaban la importancia de la formación, provocaron considerable ansiedad, desamparo, disgusto y enfado, y una enorme desconfianza hacia la respuesta institucional, que se enfocó únicamente en el manejo del brote y la gestión del Riesgo, descuidando la protección de los profesionales sanitarios y el tratamiento del paciente.

Los mensajes alarmistas y la falta de cotejo de la información, de los medios de comunicación provocaron una enorme alarma social que, según los profesionales de la salud, derivó en una sobreactuación por parte de las autoridades políticas y sanitarias contra los profesionales sanitarios (aislamiento). Esta decisión fue

considerada arbitraria, injusta y carente de evidencia científica, lo que contribuyó a reforzar el estigma al que fueron sometidos y a desacreditar a aquellos profesionales de la salud que sostuvieron que, tras el contacto protegido con el paciente, podían seguir trabajando. Afirman que esta situación contribuyó a aumentar el sentimiento de amenaza y a provocar una crisis interna en el HUFA que volvió a desencadenar sentimientos de hastío, traición y desesperación entre los profesionales de la salud hacia las autoridades sanitarias.

El sindicato utilizó la falta de formación en el manejo de estos casos entre el personal para enviarles mensajes claros y directos sobre el peligro para ellos y sus familias del cuidado de este tipo de pacientes informándoles de que no estaban obligados a asumirlo. Los profesionales sanitarios, consideraron que fue el único agente preocupado por su protección, y también el principal responsable de que el miedo se convirtiese en pánico entre el personal de enfermería. En cuanto al personal de limpieza, se afirmó que no recibió capacitación ni información.

El acceso desigual a la formación y la información entre grupos provocó conflictos entre ellos, abrió graves brechas en la cooperación necesaria para garantizar una buena gestión del caso. Afirmaron que el mayor riesgo de contagio se experimenta cuando el paciente abandonó el HUFA y, la sala de aislamiento tuvo que ser limpiada y el material contaminado eliminado, una tarea realizada de forma voluntaria por un profesional sanitario a raíz de la negativa por parte del personal de limpieza para hacerlo.

Los profesionales de la salud creyeron que la dirección y el equipo directivo del HUFA contribuyeron a reducir la Percepción de Riesgo, desde un principio conformaron un Comité de Expertos entre profesionales sanitarios para afrontar la crisis, se comenzó la capacitación e información a todo el personal y se pusieron a

disposición los recursos necesarios para enfrentar la crisis. Respecto al Comité de Expertos, afirmaron que cuando se les permitió actuar se inició la descontaminación política de la información y el manejo de la situación.

“El punto de inflexión fue cuando de repente los políticos dejaron de hablar; cuando el Dr. Simón [vocal del Comité de Expertos] se encargó de informar; entonces esa sensación de pánico, de miedo, desapareció.” (I.5, HRS).

Mientras que el comportamiento entre pares y el sindicato ejerció una enorme presión sobre los profesionales de la salud, los medios de comunicación afectaron básicamente a las autoridades políticas y sanitarias. La reacción de los primeros fue negarse a atender el caso y los segundos aislar a los profesionales sanitarios.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio demuestran que tanto la percepción del riesgo como la confianza son constructos sociales que se asientan en emociones y sentimientos y condicionan comportamientos.

Para la neurobiología, la emoción es una reacción automática a un estímulo que genera una reacción en el cuerpo, y los sentimientos se definen como la expresión mental de las emociones, donde interviene el estímulo, la reacción corporal que genera y las ideas que acompañan a esta reacción⁽²²⁾. La neurobiología muestra que las emociones y los sentimientos son la base de nuestro comportamiento social; desde ellos razonamos y tomamos decisiones⁽²²⁾, pero que no nos permite comprender el diferente comportamiento de los colectivos que intervienen en el brote (personal médico, de enfermería y de limpieza).

La llegada del paciente al HUFA actuó como el estímulo que desencadenó el miedo en todos

los grupos. El miedo justificado es considerado desde la neurobiología como la excelente política de seguridad, ya que son numerosas las ocasiones en las que ha ayudado a salvar muchas vidas⁽²²⁾. En este estudio, esta emoción fue bien manejada por el personal médico, pero dio paso al pánico entre el personal de limpieza y enfermería. Fue este salto, del miedo al pánico, el responsable de los diferentes comportamientos entre colectivos. ¿Qué hizo que un grupo fuera capaz de manejar el miedo mientras otros no pudieron hacerlo? Responder a esta pregunta requiere ubicar a los diferentes grupos en el contexto del sistema de salud, en las relaciones jerárquicas y de poder que existen entre ellos y que adquieren su manifestación más inmediata en el acceso desigual a la formación y la información, herramientas con las que se construyó la Percepción del Riesgo y con el que interpreta y afronta el riesgo.

La respuesta a la crisis, y la definición de escenarios de riesgo, fue formulada por y para el personal médico, descuidando otros grupos altamente expuestos (enfermería, auxiliares y limpieza). Las relaciones de poder entre médicos y enfermeras^(23,24,25) han sido bien estudiadas, no ha sido el caso de las relaciones entre grupos sanitarios y no sanitarios. Una excepción es el estudio de Lancaster et al. sobre comunicación y cooperación entre profesionales, donde se afirma que el trabajo se realiza de forma autónoma y con poca comunicación, y que existen relaciones jerárquicas y subordinadas. Y concluye, junto con otros estudios^(24,25,26), que la coordinación e intervención del personal médico, enfermeras y resto del personal es fundamental para prevenir errores y evitar la fragmentación de la atención al paciente, conclusiones consistentes con los resultados de este estudio y que muestran que la falta de atención al personal de limpieza y enfermería fue un gran riesgo en la gestión del brote, provocando conflictos entre grupos y transferencia de responsabilidades.

A las distintas fuentes de exposición (los agentes amplificadores o reductores de la Percepción de Riesgo) a las que estuvo expuesto cada grupo y su capacidad para mitigarlas, hay que sumar al acceso desigual a las herramientas imprescindibles para afrontar el riesgo (formación e información). Los amplificadores de la Percepción de Riesgo ejercieron una enorme influencia sobre el personal de enfermería y limpieza, mientras que los reductores actuaron principalmente sobre el personal médico. Estudios sobre Percepción de Riesgo afirman que los medios de comunicación ejercen cierta influencia sobre la RP a nivel poblacional⁽²⁷⁾, mientras que, a nivel individual, es la información proporcionada por las personas que han pasado por la misma experiencia (comportamiento de los pares) y la información directa (la unión)^(24,25,26,27) la que ejerce una mayor influencia. La combinación de estos elementos dota a los distintos colectivos de distintas herramientas con la que manejar el miedo y gestionar el riesgo que explican comportamientos diferenciales.

Si bien la confianza no fue identificada como el objetivo de este estudio, surge en el discurso de los profesionales sanitarios como resultado de la evaluación que hacen de la gestión de crisis y su percepción de trato por parte de las autoridades políticas y administrativas. La confianza es un concepto multidimensional que tiene un componente cognitivo (basado en juicios racionales e instrumentales) y un componente afectivo (basado en relaciones y vínculos afectivos generados por la interacción, la empatía y la identificación con los demás)^(28,29). La confianza es especialmente necesaria donde existe un alto riesgo, porque aumenta la tolerancia a la incertidumbre, reduce la complejidad social al ir más allá de la información disponible y genera expectativas de comportamiento que reemplazan la falta de información. En este sentido, la confianza facilita que los profesionales

sanitarios asuman riesgos ante situaciones de gran incertidumbre.

Existen múltiples estudios que demuestran que la confianza es un elemento del capital social que intercede en el éxito o fracaso de las intervenciones de salud pública^(30,31,32,33) e influye en la práctica profesional, y que, una vez superada la crisis, forma parte del acervo de conocimientos de los profesionales de la salud con los que afrontarán futuras crisis⁽³⁴⁾. A pesar de su importancia, la confianza rara vez está presente en los debates sobre la planificación de la salud pública o en los programas de planificación e intervención.

Limitaciones del estudio: La principal limitación de este estudio fue el escaso número de entrevistas. Respecto a esto tenemos que decir que por razones de seguridad el número de personas en contacto con el paciente es reducido. A pesar de ello, se entrevistó a todas las personas implicadas en la tramitación del caso, este es el único trabajo en España hasta donde sabemos que ha recogido esta información. El número limitado de entrevistas no permitió la extrapolación de los resultados, sin embargo, fue suficiente para mostrar aspectos claves en la respuesta a las crisis sanitarias que hay que tener en cuenta, ya que pueden condicionar el control de un brote.

CONCLUSIÓN

En una sociedad globalizada, las situaciones de crisis sanitaria internacional, capaces de provocar una enorme alarma social, como el ébola, son cada vez más plausibles. Este estudio contribuye a potenciar el conocimiento de la Percepción del Riesgo, demostrando cómo se construye, qué agentes intervienen en el proceso y su impacto en la respuesta. La formación, la información y la confianza en las autoridades sanitarias se presentan en nuestro estudio

como herramientas básicas con las que los profesionales sanitarios afrontan el riesgo y reducen la incertidumbre. Desarrollar más estudios en esta línea contribuiría sin duda a una mejor planificación, gestión y control de futuras crisis sanitarias.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Universidad Rey Juan Carlos, campus de Alcorcón por cedernos las salas para realizar las entrevistas. A Celia Arnaiz del Hospital Universitario Fundación Alcorcón por su asesoramiento en aspectos de psicología clínica y adentrarnos en el fascinante mundo de las emociones. A M^a Jesús Purriños del Servicio Gallego de Salud y a Pilar Aparicio y Gregorio Barrio de la Escuela Nacional de Sanidad, por sus sugerencias. Un agradecimiento muy especial a todas las personas entrevistadas que participaron en este estudio de manera desinteresada.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Las personas que han desarrollado este estudio presentan una investigación independiente, por lo que los resultados y opiniones que de ella se derivan son a título personal y no reflejan necesariamente el posicionamiento del Instituto de Salud Carlos III.

BIBLIOGRAFÍA

1. CDC. Cronología de los brotes: Enfermedad por el virus del Ébola | Fiebre hemorrágica del Ébola | CDC [Internet]. 2017 [citado 21 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/history/chronology.html>
2. Poletto C, Gomes MF, Pastore y Pionti A, Rossi L, Bioglio L, Chao DL *et al.* Evaluación del impacto de las restricciones de viaje en la propagación internacional de la epidemia de ébola en África Occidental de 2014. *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull.* 23 de octubre de 2014; 19 (42).
3. Fitzpatrick G, Vogt F, Moi Gbabai O, Black B, Santantonio M, Folkesson E *et al.* Describiendo readmisiones en un centro de gestión de casos de ébola (CMC), Sierra Leona, 2014. *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull.* 9 de octubre de 2014; 19 (40): 20924.
4. Fasina FO, Shittu A, Lazarus D, Tomori O, Simonsen L, Viboud C *et al.* Dinámica de transmisión y control del brote de enfermedad por el virus del Ébola en Nigeria, julio a septiembre de 2014. *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull.* 9 de octubre de 2014; 19 (40): 20920.
5. Sprenger M, Coulombier D. La preparación es crucial para la atención segura de los pacientes con ébola y para prevenir la transmisión en Europa; se necesitan medidas de control de brotes en sus raíces en África Occidental. *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull.* 9 de octubre de 2014; 19 (40): 20925.
6. López MA, Amela C, Ordobas M, Domínguez-Berjón MF, Álvarez C, Martínez M *et al.* Primer caso secundario de Ébola fuera de África: características epidemiológicas y seguimiento de contactos, España, septiembre a noviembre de 2014. *Eurosurveillance* [Internet]. 8 de enero de 2015 [citado 21 de noviembre de 2017]; 20 (1): 21003. Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES2015.20.1.21003>
7. ABC News. Enfermera de Texas dice que el hospital debería «avergonzarse» de la respuesta al ébola - ABC News [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://abcnews.go.com/Health/texas-nurse-hospital-ashamed-ebola-response/story?id=26255005>
8. Yan H. Una enfermera de EE. UU. Con equipo de protección contrae el ébola, ¿cómo podría pasar? - CNN [Internet]. [citado 21 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://edition.cnn.com/2014/10/13/health/ebola-nurse-how-could-this-happen/index.html>
9. Davtyan M, Brown B, Folyan MO. Abordar el estigma relacionado con el ébola: lecciones aprendidas del VIH / SIDA. *Acción Glob Health.* 2014; 7: 26058.

10. EA Rosa. La estructura lógica y las implicaciones políticas (SARF). Es: La amplificación social del riesgo [Internet]. N. Pidgeon; R. Kaspersion; P. Slovic. Reino Unido; 2003. p. 47-79. Disponible en: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=4Ry6ar929bMC&oi=fnd&pg=PA47&dq=Rosa+E.+A.+\(2003\).+The+logical+structure+and+policy+ implicaciones + \(SARF\) & ots = wltKPdiCty & sig = 55nNuGun9Nn3mu87U6ZCSTF017Y # v = onepage & q & f = false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=4Ry6ar929bMC&oi=fnd&pg=PA47&dq=Rosa+E.+A.+(2003).+The+logical+structure+and+policy+ implicaciones + (SARF) & ots = wltKPdiCty & sig = 55nNuGun9Nn3mu87U6ZCSTF017Y # v = onepage & q & f = false)
11. Rayner S, Cantor R. ¿Qué tan justo es lo suficientemente seguro? El enfoque cultural para la elección de tecnología social 1. *Risk Anal* [Internet]. 1 de marzo de 1987; 7 (1): 3-9. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1539-6924.1987.tb00963.x/abstract>
12. Devnani M. Factores asociados con la voluntad del personal de salud para trabajar durante una emergencia de salud pública por influenza: una revisión integradora. *Prehospital Disaster Med.* diciembre de 2012; 27 (6): 551-66.
13. Maunder R. La experiencia del brote de SARS de 2003 como estrés traumático entre los trabajadores de atención médica de primera línea en Toronto: lecciones aprendidas. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 29 de julio de 2004; 359 (1447): 1117-25.
14. Tam D, Lee S, Lee SS. Impacto del SARS en la preparación para la influenza aviar en los trabajadores de la salud. *Infección* [Internet]. 2007; 35 (5): 320-5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17882357>
15. Coller X. Estudios de casos. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2005. (Cuadernos Metodológicos, nº 30).
16. Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo de actuación frente a casos sospechosos de enfermedad por virus Ébola (EVE). 2014.
17. Sjöberg L, Moen BE, Rundmo T. Explicando la percepción del riesgo. *Eval Psychom Paradigm Risk Percept Res Trondheim* [Internet]. 2004 [citado 12 de julio de 2015]; Disponible en: http://paul-hadrien.info/backup/LSE/IS%20490/utile/Sjoberg%20Psychometric_paradigm.pdf
18. Lewis I, Watson B, White KM. Extender la utilidad explicativa de la EPPM más allá de la persuasión basada en el miedo. *Salud Comun.* 2013; 28 (1): 84-98.
19. Kaspersion JX, Kaspersion RE. La amplificación social del riesgo: evaluación de años en forma o investigación y teoría. Es: La amplificación social del riesgo [Internet]. N. Pidgeon; R. Kaspersion; P. Slovic. Reino Unido; 2003. p. 13-46. Disponible en: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=4Ry6ar929bMC&oi=fnd&pg=PA47&dq=Rosa+E.+A.+\(2003\).+The+logical+structure+and+policy+ implicaciones + \(SARF\) & ots = wltKPdiCty & sig = 55nNuGun9Nn3mu87U6ZCSTF017Y # v = onepage & q & f = false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=4Ry6ar929bMC&oi=fnd&pg=PA47&dq=Rosa+E.+A.+(2003).+The+logical+structure+and+policy+ implicaciones + (SARF) & ots = wltKPdiCty & sig = 55nNuGun9Nn3mu87U6ZCSTF017Y # v = onepage & q & f = false)
20. Ruiz Ruiz J. Análisis sociológico del discurso: métodos y lógicas. *Forum Qual Soc Res* [Internet]. 2009; 10 (2, art.26): 32. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/45686596_Analisis_sociologico_del_discurso_metodos_y_logicas
21. Pierce CS. Pragmatismo y abducción. Lecciones de Harvard sobre el pragmatismo (Lección VII). En 1903 [citado 4 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.unav.es/gep/HarvardLecturesPragmatism/HarvardLecturesPragmatism7.html>
22. Damasio AR. En Busca De Spinoza. Neurobiología en de la emoción y de los sentimientos. [Internet]. 6ª ed. Barcelona: Ed. Crítica; 2009. Disponible en: <http://gredos.org/Varios/Damasio%20Antonio%20-%20En%20Busca%20De%20Spinoza.pdf>
23. Fagin CM. Colaboración entre enfermeras y médicos: ya no es una elección. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* mayo de 1992; 67 (5): 295-303.
24. Porter S. Un estudio de observación participante de las relaciones de poder entre enfermeras y médicos en un hospital general. *J Adv Nurs.* junio de 1991; 16 (6): 728-35.

25. Tang CJ, Chan SW, Zhou WT, Liaw SY. Colaboración entre médicos y enfermeras hospitalarias: una revisión integrada de la literatura. *Int Nurs Rev*. septiembre de 2013; 60 (3): 291-302.
26. Lancaster G, Kolakowsky-Hayner S, Kovacich J, Greer-Williams N. Comunicación interdisciplinaria y colaboración entre médicos, enfermeras y personal de asistencia sin licencia. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 1 de mayo de 2015; 47 (3): 275-84. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jnu.12130/abstract>
27. Wahlberg AAF, Sjoberg L. Percepción del riesgo y medios de comunicación. *J Risk Res* [Internet]. 1 de enero de 2000; 3 (1): 31-50. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/136698700376699>
28. Gambetta D. Confianza y ruptura de relaciones cooperativas.pdf [Internet]. 1998 [citado 21 de noviembre de 2017]. Disponible en: https://www.nuffield.ox.ac.uk/users/gambetta/Trust_making%20and%20breaking%20cooperative%20relations.pdf
29. Lewicki RJ, Bunker BB. Desarrollar y mantener la confianza en las relaciones laborales. En: *Confianza en las organizaciones: fronteras de la teoría y la investigación*. Londres: Publicación Sage; 1996. p. 114-39.
30. Blasco-Hernandez T, Ayuso-Alvarez A. Determinantes sociales de la transmisión del Ebola en West Africa. En: *Ébola: tan cerca y tan lejos*. Madrid; 2015.
31. Ezezika OC. Fomento de la confianza: un componente fundamental de la salud mundial. *Ann Glob Health*. octubre de 2015; 81 (5): 589-92.
32. Jegede AS. ¿Qué llevó al boicot nigeriano a la campaña de vacunación contra la poliomielitis? *PLoS Med*. marzo de 2007; 4 (3): e73.
33. Singh JA, Mills EJ. Los ensayos abandonados de profilaxis previa a la exposición para el VIH: ¿qué salió mal? *PLoS Med*. septiembre de 2005; 2 (9): e234.
34. De los Reyes López M, María Pérez Gómez J, García Olmos P, Borrell Carrió F, Gracia Guillén D. Relaciones entre profesionales sanitarios. *Med Clínica* [Internet]. enero de 2001; 117 (9): 339-50. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775301721070>