

RIESGO PSICOSOCIAL DE LOS SANITARIOS ANTE EL SARS-CoV-2: UN ESTUDIO CUANTITATIVO

JAVIER SANZ CALVO

Enfermero especialista en salud mental. Centro de Salud Mental de Alcobendas (Madrid).

RESUMEN

Introducción: evaluar el riesgo psicosocial, el tipo de afrontamiento, el perfil de riesgo y la asociación entre contagios y tipo de contrato de los profesionales de enfermería de los servicios de urgencias hospitalarias y psiquiatría.

Material y método: estudio observacional, descriptivo y transversal mediante el Cuestionario de Riesgo Psicosocial (CoPSoQ-istas21 versión 2), el Cuestionario de Afrontamiento (COPE-28) y variables laborales en los profesionales de enfermería de los Servicios de Urgencias Hospitalarias y Psiquiatría del Hospital Universitario Infanta Sofía.

Resultados: la muestra (n) está formada por 51 profesionales (n = 36 enfermeras, n = 15 auxiliares). Un 60,0 % (intervalo de confianza [IC] del 95 %: 54,10-67,90) identifican situaciones desfavorables en su entorno laboral, principalmente, debido a la presión asistencial —gran ritmo de trabajo y poco tiempo— (nivel de significación estadística [p] < 0,001; IC del 95 %: 6,62-7,29) y al conflicto del rol profesional (p < 0,001). No existe relación entre el afrontamiento personal y el riesgo psicosocial. Los profesionales eventuales se han contagiado 15,6 veces más por la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19) que el resto (p = 0,013; razón de posibilidades u *odds ratio* [OR] en el IC del 95 %: 1,79-135,47). El perfil de la persona con mayor riesgo psicosocial es: personal del servicio de urgencias hospitalarias (p < 0,01), traslados (p < 0,001), de baja (p < 0,01), con contratos inestables (p < 0,001; IC del 95 %: 1,53-4,22) y que se han contagiado por el coronavirus de tipo 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2) (p < 0,01; IC del 95 %: 0,78-4,46).

Conclusión: la exposición a la sobrecarga laboral pandémica ha generado un aumento del riesgo psicosocial en los profesionales de enfermería, siendo uno de los motivos más prevalentes y potencialmente modificables la eventualidad contractual.

Palabras clave (key words): conductas de riesgo para la salud (*health risk behaviors*), impacto psicosocial (*psychosocial factor*), estrategias de afrontamiento (*coping skills*), enfermería (*nursing*) y SARS-CoV-2.

Correspondencia: Javier Sanz Calvo
Correo electrónico: jsanzc@salud.madrid.org

INTRODUCCIÓN

Las enfermeras han sido uno de los colectivos con mayor desgaste laboral o *burnout* por la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19; del inglés, *coronavirus disease 2019*) debido a la sobrecarga laboral y el déficit de recursos materiales y humanos, favoreciendo un mayor riesgo de problemática mental¹.

Como consecuencia de la pandemia, los centros sanitarios tuvieron que adaptar sus espacios y estructuras, así como desarrollar nuevas propuestas de planificación de posibles escenarios, nuevos protocolos y actualizar procedimientos para dar respuesta eficaz a las necesidades de esta nueva enfermedad².

Unos de los servicios que sufrieron mayor transformación fueron los servicios de psiquiatría, ya que vieron modificada en su totalidad su forma de trabajo en apenas unos días. Sin olvidar los servicios de emergencias, particularmente caóticos, donde las enfermeras tuvieron que atender muchas veces al doble de pacientes que en un turno normal².

El Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC; del inglés, European Centre for Disease Prevention and Control) declaró que el coronavirus de tipo 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2; del inglés, *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*), desde diciembre de 2019 hasta el 9 de diciembre de 2021, provocó 88 321 muertes en España. Esta pandemia desencadenó gran cantidad de cambios a nivel sanitario, mayores exposiciones a riesgos psicosociales en el trabajo y nuevos mecanismos de afrontamiento³.

El riesgo psicosocial es un conjunto de características derivadas de la organización laboral que afectan a la salud de las personas, y favorecen la aparición de trastornos mentales^{4,5}. La exposición a agentes biológicos, la sobrecarga laboral, las relaciones con

compañeros o superiores y la organización en el trabajo son los principales moduladores del ambiente laboral sanitario. Entre otros, destacan: urgencia vital, sobrecarga física-mental, presencia de pacientes problemáticos, proximidad al dolor y la muerte, accidentabilidad, absentismo, rotación y/o abandono del puesto de trabajo, lo que repercute en la salud física y psicológica de las enfermeras^{5,6}.

Según la evidencia, en España, el riesgo psicosocial se relaciona con las exigencias del trabajo, tanto las cognitivas como las relativas a los requerimientos de ocultar emociones propias, la inseguridad en el empleo⁴, la necesidad de compaginar trabajo y familia, la estima profesional y las exigencias cognitivo-emocionales⁷. Si bien, en ambos, el riesgo psicosocial afecta, aproximadamente, al 40 % de los españoles asalariados^{4,7}.

Como estrategia adaptativa a nivel laboral, las personas despliegan recursos de afrontamiento, entendidos como la discrepancia entre las demandas profesionales y los recursos personales para adaptarse a ellas. A nivel nacional, se destaca un afrontamiento centrado en la evitación en los profesionales sanitarios⁸. En la Comunidad de Madrid, en 2015, se destacó un afrontamiento activo de los sanitarios jóvenes llevando a cabo acciones para eliminar o paliar el estresor, mientras que el sexo femenino usó en mayor medida estrategias de afrontamiento evitativo como el rechazo de la realidad o la negación y la búsqueda de apoyo religioso⁹.

Las secuelas del SARS-CoV-2 han desencadenado gran cantidad de malestar psicológico entre la población general¹⁰, pero especialmente entre las enfermeras y otros trabajadores encargados del cuidado directo del paciente con COVID-19, tal como afirman estudios nacionales e internacionales^{1,11}.

Por ello, se plantea como **objetivo principal** evaluar el riesgo psicosocial de los profesionales de enfer-

mería de los servicios de urgencias hospitalarias y psiquiatría. Como **objetivos secundarios**, se pretende medir la asociación del riesgo psicosocial con el afrontamiento personal, determinar un perfil laboral del riesgo y cuantificar la asociación entre el tipo de contrato y el contagio por SARS-CoV-2.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño

Estudio observacional, descriptivo y transversal.

Población y ámbito de estudio

La recogida de datos se realizó entre enero y febrero de 2021. Los participantes eran enfermeras y técnicos de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) de los Servicios de Psiquiatría y Urgencias Hospitalarias del Hospital Universitario Infanta Sofía de San Sebastián de los Reyes (Madrid, España), que hubieran trabajado en el ámbito hospitalario al menos un mes en contacto directo con pacientes durante la pandemia provocada por el SARS-CoV-2.

Se decidió esta participación debido a que los servicios de urgencias hospitalarias representaron la sobrecarga masiva del cuidado durante la pandemia y los servicios de psiquiatría fueron uno de los muchos que vieron cambios radicalmente y rápidamente su labor profesional.

Fueron excluidos profesionales encargados únicamente de actividad investigadora o gestora y cualquier otro cargo de superioridad o dirección.

El tamaño muestral (n) para conseguir una precisión de $\pm 1,5$ unidades, una desviación estándar (DE) de 5 unidades y un intervalo de confianza (IC) del 95 %, asumiendo un total de 200 enfermeras y TCAE entre los respectivos servicios, fueron

44 individuos. Se realiza un muestreo no probabilístico a criterio.

Variables

Se utilizó para responder al objetivo principal el Cuestionario de Riesgo Psicosocial (CoPSoQ-istas21 versión 2.0). Es un cuestionario validado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (alfa de Cronbach entre 0,65 y 0,92) y traducido al castellano por Moncada *et al.*¹² para el estudio del entorno psicosocial en el trabajo y de los factores de riesgo psicosocial de forma multidimensional. Conformado por 15 dimensiones y 30 ítems:

1. Exigencias psicológicas cuantitativas: cantidad de trabajo.
2. Doble presencia: exigencias simultáneas del ámbito laboral y familiar.
3. Exigencias emocionales.
4. Ritmo de trabajo.
5. Influencia: autonomía en el trabajo.
6. Desarrollo: oportunidad para poner en práctica los conocimientos y experiencia.
7. Sentido del trabajo: utilidad-importancia social.
8. Claridad de rol: definición de las tareas a realizar.
9. Conflicto de rol: exigencias contradictorias o conflictos profesionales o éticos.
10. Previsibilidad: información adecuada y a tiempo para adaptarse a los cambios laborales.
11. Inseguridad en el trabajo: preocupación por cambios en el trabajo (horario, salario, etc.).
12. Inseguridad sobre el empleo: preocupación por el futuro laboral.
13. Confianza vertical: seguridad en la dirección.
14. Justicia: equidad en el equipo de trabajadores.
15. Claridad del liderazgo.

Las puntuaciones de las dimensiones oscilan entre 0 y 8, cuya interpretación se puede observar en la tabla 1.

Se utilizó para evaluar el afrontamiento o la respuesta ante el estrés el cuestionario COPE-28, validado (alfa de Cronbach: 0,78) y traducido por Morán y Manga¹³, que consta de 14 dimensiones y 28 ítems agrupados en diferentes formas de afrontamiento:

- Afrontamiento centrado en el problema: afrontamiento activo, planificación, apoyo instrumental, renuncia, reinterpretación positiva, aceptación y humor.
- Afrontamiento centrado en la emoción: apoyo emocional y desahogo.

- Afrontamiento evitativo: autodistracción, negación, religión, consumo de sustancias y autocrítica.

Las puntuaciones de las dimensiones nos darán un resultado que oscila entre 0 y 6, correspondiendo mayores puntuaciones con mayor utilización de esa dimensión. Estas dimensiones o formas de enfrentarse a los problemas no son mejores o peores que otras, pero se pueden clasificar como:

- Afrontamientos eficaces: afrontamiento activo, planificación, apoyo instrumental, apoyo emocional, autodistracción, desahogo, reinterpretación positiva, aceptación, religión y humor.
- Afrontamientos ineficaces: renuncia, negación, consumo de sustancias y autocrítica.

Tabla 1. Interpretación de resultados del Cuestionario de Riesgo Psicosocial (CoPSoQ-istas21 versión 2.0)

Dimensiones psicosociales	Puntuaciones		
	Favorable	Intermedia	Desfavorable
Exigencias cuantitativas (pregunta 1 + 2)	0-1	2-3	4-8
Doble presencia (3 + 4)	0-3	4-5	6-8
Exigencias emocionales (5 + 9)	0-3	4-5	6-8
Ritmo de trabajo (6 + 10)	0-1	2-3	4-8
Influencia (7 + 8)	8-6	5-4	3-0
Posibilidades de desarrollo (11 + 12)	8-6	5-4	3-0
Sentido del trabajo (13 + 14)	8-7	6	5-0
Claridad del rol (15 + 16)	8	7-6	5-0
Conflicto de rol (17 + 18)	0-1	2-3	4-8
Previsibilidad (19 + 20)	8-7	6-5	4-0
Inseguridad en el trabajo (21 + 22)	0-1	2-3	4-8
Inseguridad sobre el empleo (23 + 24)	0-2	3-4	5-8
Confianza vertical (25 + 26)	8-7	6-5	4-0
Justicia (27 + 28)	8-7	6-5	4-0
Claridad del liderazgo (29 + 30)	8-7	6-5	4-0

Fuente: Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud de CCOO.

Se recogieron otras variables independientes como:

- Laborales: profesión (enfermería o TCAE); experiencia profesional (tiempo trabajado en años); tipo de contrato laboral (temporal/COVID, interino o fijo); servicio de procedencia (servicio de urgencias hospitalarias o servicio de psiquiatría); traslado: cambio de servicio, puesto u hospital (sí o no); incapacidad laboral temporal, ya sea por accidente/enfermedad laboral o no laboral e, incluso, aislamientos preventivos a la espera de resultados o por aparición de sintomatología compatible con COVID-19 (sí o no).
- Otras: sexo (hombre o mujer); edad (años); responsabilidades familiares: entendidas como prestación de cuidados informales a familiares dependientes (sí o no); contagio por SARS-CoV-2 (sí o no); antecedentes psiquiátricos previos (sí o no).

Procedimiento

La recogida de datos se realizó entre enero y febrero de 2021, a través de una encuesta con todas las variables anteriores. Se difundió por medio de correos corporativos y por grupos de mensajería instantánea. Se contó con participantes clave para aumentar la difusión, tales como la Dirección de Enfermería, supervisores de área y supervisores de enfermería del Hospital Universitario Infanta Sofía. Por último, se entregaron tarjetas con código QR en las áreas de trabajo, premiando la participación con dulces.

Se puede visitar el cuestionario en el siguiente enlace web: <https://forms.gle/DdV64p2n8rQJoYvY6>

Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables de estudio, empleando la media y desviación

típica para variables cuantitativas, mientras que las variables cualitativas se mostraron por su porcentaje. El análisis estadístico se realizó con SPSS v.25 (Inc, Chicago, IL) mediante las pruebas paramétricas de la *t* de Student y análisis de la varianza (ANOVA; del inglés, *analysis of variance*) para variables dependientes cuantitativas e independientes cualitativas, regresión simple para comparar dos variables cuantitativas y regresión logística cuando la variable era cualitativa dicotómica.

Consideraciones éticas

Se informó previamente del contenido del estudio y se obtuvo el consentimiento informado de los participantes. Se respetaron las normas de buena práctica clínica, los principios éticos de la Declaración de Helsinki y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, junto con la Ley 14/2007, de 3 julio, de Investigación biomédica. El proyecto obtuvo la aprobación de la Comisión de Investigación del Hospital Universitario Infanta Sofía de San Sebastián de los Reyes.

RESULTADOS

Participaron 51 profesionales, donde un 84,3 % eran mujeres ($n = 43$) con una media de edad de 35 años ($DE = 8,9$) y un 70,6 % eran enfermeras ($n = 36$) con una experiencia de 9,1 años ($DE = 6,5$). Se equilibró la muestra por lugar de trabajo: un 51,0 % del Servicio de Urgencias Hospitalarias ($n = 26$) y un 49,0 % del Servicio de Psiquiatría ($n = 25$). El 47,1 % tenía contratos temporales ($n = 24$) y un 58,8 % vio interrumpida su actividad laboral durante la pandemia ($n = 30$). Un 45,1 % tenía responsabilidades familiares ($n = 23$), un 19,6 % se contagió por el SARS-CoV-2 ($n = 10$) y un 13,7 % tenía antecedentes psiquiátricos previos ($n = 7$), según muestra la tabla 2.

Tabla 2. Descripción de la muestra (n = 51)

Variable	Categoría	n (%)
Sexo	Mujer	43 (84,3)
	Hombre	8 (15,7)
Profesión	Enfermería	36 (70,6)
	Técnicos de cuidados auxiliares de enfermería	15 (29,4)
Tipo de contrato	Temporal	24 (47,1)
	Interino	21 (41,2)
	Fijo	6 (11,8)
Servicio	Psiquiatría	25 (49,0)
	Urgencias hospitalarias	26 (51,0)
Traslados	Sí	18 (35,3)
	No	33 (64,7)
Incapacidad laboral temporal	Sí	30 (58,8)
	No	21 (41,2)
Responsabilidades familiares	Sí	23 (45,1)
	No	28 (54,9)
Contagio por SARS-CoV-2	Sí	10 (19,6)
	No	41 (80,4)
Antecedentes psiquiátricos	Sí	7 (13,7)
	No	44 (86,3)
		$\bar{X}$ (DE)
Edad		35,16 (8,9)
Experiencia profesional		9,15 (6,5)

DE: desviación estándar; n: tamaño de la muestra; SARS-CoV-2: coronavirus de tipo 2 del síndrome respiratorio agudo grave (del inglés, *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*); $\bar{X}$: media.

Riesgo psicosocial laboral

El 60,0% (n = 31; IC del 95%: 54,10-67,90) de nuestra muestra presentó un riesgo para su salud psicológica y fisiológica derivado de las condiciones y organización de su trabajo.

Predominaron situaciones de riesgo psicosocial laboral desfavorables, según se observa en la figura 1. Los principales factores de riesgo fueron: la falta de claridad en el liderazgo del equipo (nivel de significación estadística [p] < 0,05), la falta de justicia o equidad, la inseguridad en el trabajo o

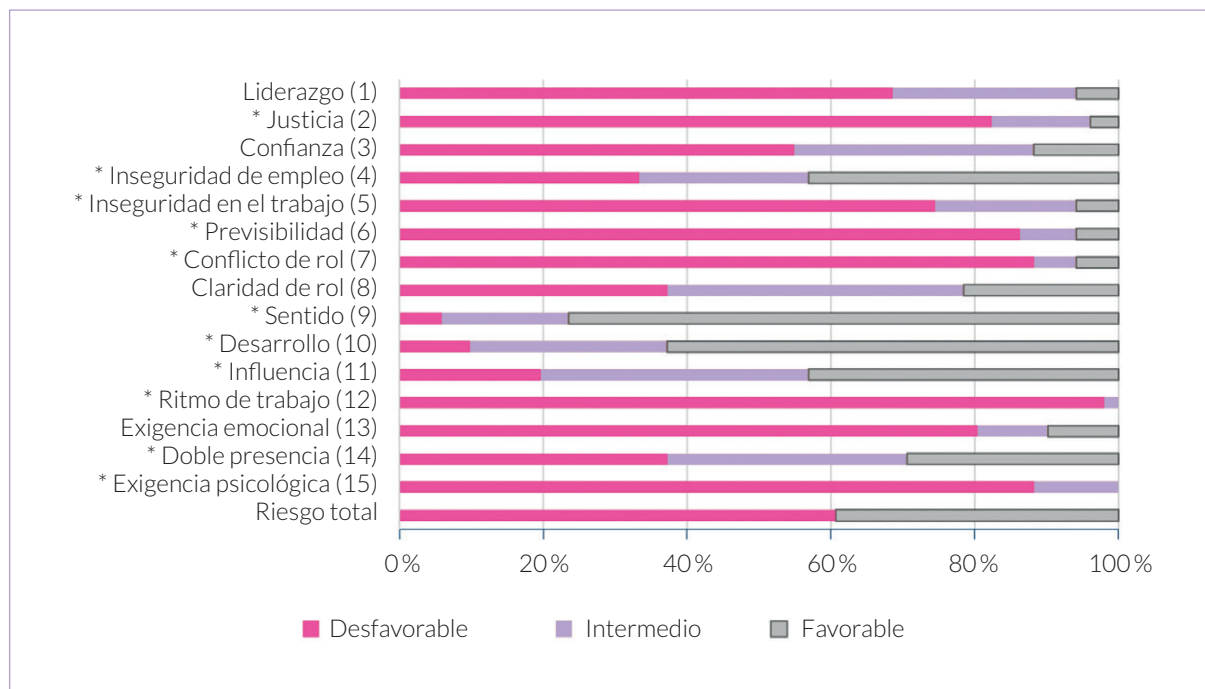


Figura 1. Situaciones de riesgo psicosocial (CoPSoQ-istas21 versión 2.0) en enfermería durante la COVID-19.

(1) Claridad en el liderazgo. (2) Justicia: equidad en el equipo. (3) Confianza en la dirección. (4) Inseguridad del empleo: preocupación por el futuro laboral. (5) Inseguridad en el trabajo: preocupación por cambios de horario, salario, unidad, etc. (6) Previsibilidad: información adecuada y a tiempo de posibles cambios. (7) Conflicto de rol: exigencias contradictorias profesionales. (8) Claridad del rol: funciones bien definidas. (9) Sentido: utilidad social de las acciones. (10) Desarrollo: poner en práctica los conocimientos. (11) Influencia: autonomía laboral. (12) Ritmo de trabajo: relación de la cantidad de trabajo con el tiempo. (13) Exigencias emocionales. (14) Doble presencia: exigencias simultáneas laborales-familiares. (15) Exigencias psicológicas: cantidad de trabajo en un turno.

* p -valor < 0,001 con t de Student unimuestral. Las dimensiones de CoPSoQ-istas 21 oscilan entre 0 y 8.

cambios de horario-salario, la falta de previsibilidad, el conflicto del rol o exigencias contradictorias y la doble presencia familiar-laboral ($p < 0,001$) (tabla 3).

Las exigencias psicológicas cuantitativas o tendencia a que se acumule el trabajo por falta de tiempo o distribución irregular de las tareas (media $\bar{X}$ = 4,65/8; IC del 95 %: 4,35-4,95) y el gran ritmo de trabajo ($\bar{X}$ = 6,96/8; IC del 95 %: 6,62-7,29) fueron los mayores factores de riesgo ($p < 0,001$).

Los factores protectores de la salud psicosocial fueron: la utilidad social o sentido de su trabajo ($\bar{X}$ = 7,22/8; IC del 95 %: 6,93-7,51), las posibilidades de

desarrollo y la influencia o autonomía profesional ($p < 0,001$) (v. tabla 3).

Estrategias de afrontamiento

Un 7,8 % ($n = 4$; IC del 95 %: 0,40-15,30) de los profesionales presentaron un afrontamiento ineficaz frente al resto ($n = 47$; 92,2 %). El tipo de afrontamiento más prevalente entre los participantes fue aquel centrado en el problema ($n = 33$; 64,7 %) frente al centrado en la evitación ($n = 8$; 15,7 %) y la emoción ($n = 10$; 19,6 %). El estilo de afrontamiento más frecuente fue la aceptación de la situación.

Tabla 3. Resumen de factores de riesgo psicosociales

Dimensiones	$\bar{X}$	t	Diferencia $\bar{X}$	IC del 95 %	
				Dif $\bar{X}$	p
Exigencias cuantitativas ¹	4,65	4,30	0,65	0,35-0,095	<0,001*
Doble presencia ²	4,57	-4,96	-1,43	-2,01--0,85	<0,001*
Exigencias emocionales ²	6,16	0,70	0,16	-0,29-0,60	0,485
Ritmo de trabajo ¹	6,96	17,16	2,96	2,61-3,31	<0,001*
Influencia ³	5,02	8,36	2,02	1,53-2,51	<0,001*
Posibilidad desarrollo ³	5,75	12,08	2,74	2,29-3,20	<0,001*
Sentido del trabajo ⁴	7,22	14,87	2,22	1,92-2,52	<0,001*
Claridad del rol ⁴	5,61	2,17	0,61	0,05-1,17	0,035*
Conflicto de rol ¹	5,37	5,20	1,37	0,84-1,90	<0,001*
Previsibilidad ¹	2,53	-5,43	-1,47	-2,01--0,93	<0,001*
Inseguridad en el trabajo ¹	5,25	4,01	1,25	0,63-1,88	<0,001*
Inseguridad sobre el empleo ⁴	3,39	-4,14	-1,61	-2,39--0,83	<0,001*
Confianza vertical ¹	4,31	1,13	0,31	-0,24-0,87	0,314
Justicia ¹	2,98	-3,94	-1,02	-1,54--0,50	<0,001*
Claridad del liderazgo ¹	3,39	-2,05	-0,61	-1,20--0,01	0,046*

Dif $\bar{X}$: intervalo de confianza del 95 % para la diferencia de medias; IC del 95 %; intervalo de confianza del 95 %; t: t de Student unimuestral con valores de corte en 4¹, 6², 3³, 5⁴; $\bar{X}$: media.

*Niveles de significación estadística (p) al 95 %.

Los participantes con niveles de afrontamiento ineficaces (<42 puntos) tuvieron mayor riesgo para su salud mental y física (>60 puntos), mientras que aquellos individuos con afrontamiento eficaz pudieron o no tener riesgo. Se observó una asociación negativa entre el afrontamiento y el riesgo psicosocial laboral, pero era muy débil y no significativa, según la figura 2 (Pearson = -0,12; $p = 0,38$).

Las enfermeras y TCAE con niveles bajos de afrontamiento consideraron que tendrían más problemas si les despiden para encontrar un nuevo trabajo ($p < 0,05$; IC del 95 %: 0,31-5,89) respecto a los profesionales con afrontamiento eficaz.

Perfil laboral del riesgo psicosocial

- Experiencia: los profesionales con experiencia laboral menor de tres años ($p < 0,001$) percibían mayor inseguridad en el mantenimiento de su empleo respecto a los experimentados.
- Profesión: las enfermeras tuvieron una mayor autonomía sobre su trabajo y menor preocupación sobre un posible despido respecto a las TCAE ($p < 0,05$); sin embargo, fueron las TCAE las que consideraron tener unas funciones mejor definidas que las enfermeras ($p < 0,001$).
- Servicio/unidad: los profesionales del Servicio de Urgencias Hospitalarias percibieron una mayor

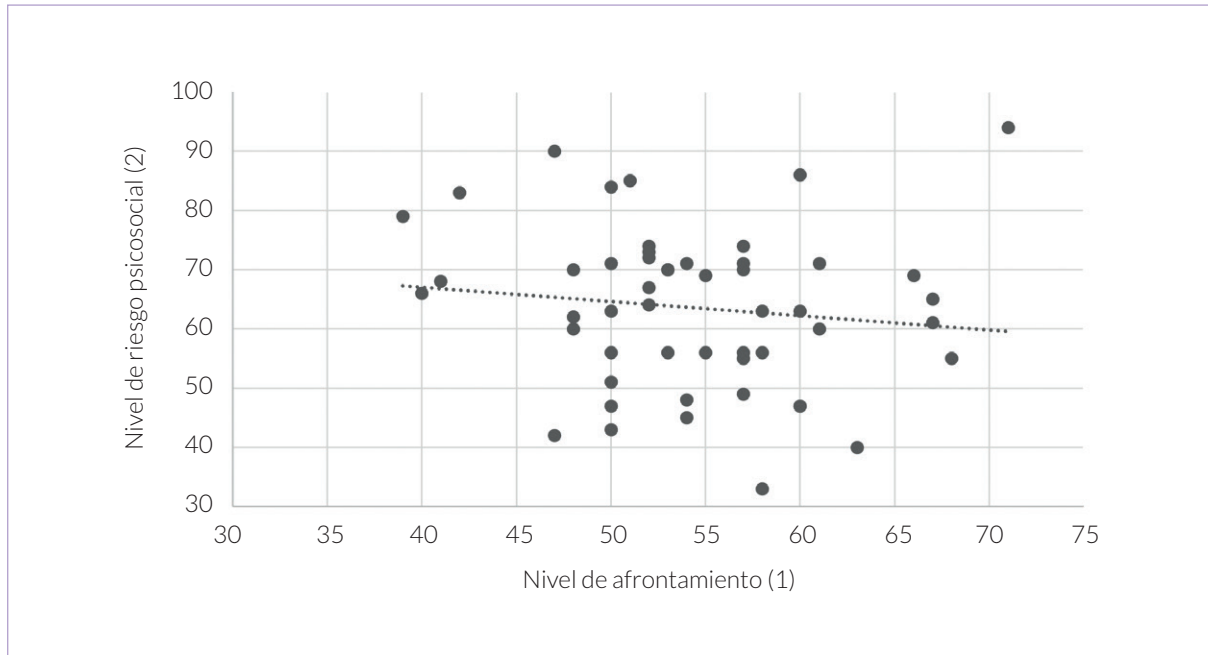


Figura 2. Relación entre la puntuación de riesgo psicosocial (CoPSoQ-istas21) y el nivel de afrontamiento (COPE-28) de enfermería durante la COVID-19.

(1) Nivel de afrontamiento: toma valores entre 0 y 84 (más puntuación, mejor afrontamiento). (2) Nivel de riesgo psicosocial: toma valores entre 0 y 120 (más puntuación, más riesgo).

***Nivel de significación estadística $[p] = 0,383$ con regresión simple. Correlación de Pearson: $-0,125$. Predicción del riesgo: $76,559 + (-0,24 \times \text{nivel de afrontamiento})$.**

cantidad de trabajo en poco tiempo ($p = 0,01$) y creyeron que se les exigían cosas contradictorias o tareas que deberían hacerse de otra manera ($p < 0,05$) respecto a los profesionales del Servicio de Psiquiatría, quienes depositaron mayor confianza en la Dirección de Enfermería ($p = 0,01$).

- Tipo de contrato: los profesionales con contratos temporales tuvieron mayor percepción de inseguridad en su futuro laboral ($p < 0,001$; IC del 95 %: 1,53-4,22) y se contagiaron 15,6 veces más ($p = 0,013$; razón de posibilidades u *odds ratio* [OR] en el IC del 95 %: 1,79-135,47) que aquellos con contratos interinos o fijos, según muestra la tabla 4.
- Traslados: los trasladados de puesto, servicio, unidad y/u hospital tuvieron una mayor dificultad para

compaginar responsabilidades laborales-familiares ($p < 0,05$), donde se les exigían cosas contradictorias ($p = 0,01$).

- Contagio de SARS-CoV-2: las personas que sufrieron la COVID-19 consideraban que se les habían exigido cosas que deberían hacerse de otra manera a su juicio ($p < 0,05$) y pensaron que podría haber repercusiones en su futuro laboral ($p < 0,01$; IC del 95 %: 0,78-4,46), respecto a los que no se contagiaron. No existió correlación significativa entre el número de contagios y el servicio de procedencia, aunque el personal de urgencias hospitalarias percibiera mayor sobrecarga laboral.
- Incapacidad laboral temporal: las personas de baja laboral consideraban que el ritmo de trabajo fue alto ($p < 0,05$) frente a las que permanecieron

Tabla 4. Relación entre el tipo de contrato y el contagio por SARS-CoV-2 durante la pandemia entre las enfermeras y TCAE del HUIS

		Eventualidad contractual		Total	OR (IC del 95 %)	p
		Sí	No			
SARS-CoV-2	Sí	9 (17,6 %)	1 (2 %)	10 (19,6 %)	15,6 (1,8-135,5)	0,013*
	No	15 (29,4 %)	26 (51 %)	41 (80,4 %)		
Total		24 (47 %)	27 (53 %)	51 (100 %)		

HUIS: Hospital Universitario Infanta Sofía; IC del 95 %: intervalo de confianza del 95 %; OR: razón de posibilidades (del inglés, *odds ratio*); p: nivel de significación estadística; SARS-CoV-2: coronavirus de tipo 2 del síndrome respiratorio agudo grave (del inglés, *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*); TCAE: técnicos de cuidados auxiliares de enfermería.

*p-valor obtenido con la prueba de la chi al cuadrado (χ^2).

activas durante la pandemia. A cambio, los activos laborales consideraron que la distribución de tareas fue justa ($p = 0,05$) y expresaron que su jefe inmediato supo gestionar adecuadamente los recursos humanos para planificar el trabajo y resolver los conflictos ($p = 0,01$).

Las características laborales que contribuyeron en mayor medida al riesgo psicosocial fueron: urgencias hospitalarias ($p < 0,01$), trasladados de servicio-unidad-hospital durante la pandemia ($p < 0,001$), personal de baja laboral ($p < 0,01$) y contagiados por el SARS-CoV-2 ($p < 0,05$).

El perfil laboral de la persona con riesgo psicosocial fue: profesionales de urgencias hospitalarias con poca experiencia, con contratos temporales, trasladados o incapacitados laborales temporalmente y contagiados por el SARS-CoV-2, independientemente del sexo, profesión o antecedentes psiquiátricos previos.

DISCUSIÓN

Un 60 % de los profesionales de primera línea de la muestra del Hospital Universitario Infanta Sofía durante la pandemia por COVID-19 refieren tener

una situación desfavorable en su entorno laboral, siendo un gran factor prodrómico de malestar psíquico.

En España, según el Ministerio de Sanidad, desde que comenzó la alerta por SARS-CoV-2 hasta mayo de 2020, se notificaron 40 961 casos de COVID-19 en el personal sanitario (un 10,5 % fueron hospitalizados y el 0,1 % fallecieron), lo que supuso un 24,1 % del total de casos declarados hasta esa fecha en España¹⁴. Este porcentaje mejoró en mayo de 2021; sin embargo, son datos que ponen de manifiesto la inseguridad laboral vivida, al igual que el presente estudio¹⁵.

En Europa, los trastornos mentales (ansiedad y depresión) aumentaron hasta situarse en torno al 24 y al 32 %, respectivamente¹⁰, pero la prevalencia mundial entre sanitarios varió entre el 12 y el 35 % en la ansiedad, el 13,5 y el 44,5 % en los trastornos afectivos¹⁶, y el 34 y el 41 % en trastornos del sueño^{16,17}. De la misma forma, son datos alarmantes y similares a los del presente estudio, ya que el insomnio, al igual que el riesgo psicosocial, es un factor prodrómico de trastornos mentales.

Los principales factores de riesgo psicosocial detectados fueron el gran ritmo de trabajo y la tendencia

a que se acumule el trabajo por falta de tiempo o distribución irregular de las tareas, lo que se traduce en aumento de la presión asistencial, especialmente, en los servicios de urgencias hospitalarias. Esta sobrecarga asistencial y la precariedad de nuestro sistema de salud fue reconocida por el *Informe de Recursos Humanos en Enfermería 2020* del Consejo General de Enfermería, donde se afirmó que existía una ratio de 5,73 enfermeras por cada 1000 habitantes en España, posicionándose el 61 del *ranking* mundial según la Organización Mundial de la Salud¹⁸.

El afrontamiento de las enfermeras y TCAE destaca por ser eficaz, aunque sin relación con el riesgo percibido por los sanitarios. El afrontamiento más prevalente fue el centrado en el problema, muy útil para enfrentarse a una situación excepcional, resultados que contrastan con estudios internacionales y nacionales donde identificaron la evitación como el mecanismo más usado^{8,9}.

No obstante, si atendemos al afrontamiento según la edad, el actual estudio con sanitarios madrileños con una media de edad de 35 años concuerda con el trabajo de Sánchez Ramos en 2015, donde predominaban estilos de afrontamiento activos en los sanitarios jóvenes de Madrid, llevando a cabo acciones para eliminar o paliar el estresor⁹.

En el perfil sociodemográfico del riesgo psicosocial, destaca el personal del servicio de urgencias hospitalarias por el gran ritmo de trabajo. Del mismo modo, los profesionales que sufrieron traslados de su puesto habitual tenían más dificultad para conciliar su vida familiar debido a los múltiples cambios de turnos y la necesidad de adaptarse rápidamente a un equipo y funcionamiento distintos. Esta rápida adaptación puede ser el motivo de una mayor asunción de riesgos, facilitando el contagio por SARS-CoV-2 y explicando el aumento de las incapacidades laborales temporales durante este período.

Existe en la muestra un 58 % de bajas laborales de enfermeras y TCAE durante la pandemia, cifras muy altas que no difieren de los datos de la Administración Sanitaria de la Comunidad de Madrid, donde refieren en 2020 un total de 1724 bajas laborales sanitarias, siendo un 32 % correspondientes a enfermería¹⁹.

Es obvio encontrar en el perfil de riesgo psicosocial a las enfermeras y TCAE con COVID-19, ya que pensaban que podían ser despedidas por su mala praxis al haber contraído el virus, junto con la incertidumbre propia de las posibles repercusiones físicas o secuelas posteriores. Asimismo, estudios asiáticos mostraron también entre las posibles causas del aumento del malestar psíquico el contacto directo con la enfermedad y la posibilidad de infección²⁰.

Los sanitarios con contratos inestables se han contagiado 15,6 veces más por el SARS-CoV-2 y tienen mayor riesgo de padecer un trastorno mental que los profesionales fijos o interinos, al igual que se desprende del trabajo de Salari *et al.*, que refirió peores pronósticos de los profesionales con mayor precariedad laboral y social¹⁷, situación posiblemente desencadenada por la falta de personal, tiempo, formación, experiencia y, especialmente, por la tendencia a asumir mayores riesgos y no generar conflictos en el equipo para conseguir una estabilidad laboral.

Lograr una buena organización laboral, una reducción de los contratos inestables y orientar el foco del cuidado hacia la salud mental de los sanitarios son objetivos básicos que disminuirían el riesgo psicosocial laboral, facilitarían la recuperación de los trabajadores con riesgo^{21,22} y favorecerían una adecuada planificación sanitaria y mejora de los cuidados prestados. Otros estudios sugirieron implementar estrategias para garantizar que las situaciones de emergencia sanitaria no se percibieran como una

amenaza, basándose en una comunicación clara, fluida y regular con el personal de enfermería¹.

Se encuentran limitaciones como el tipo de muestreo no probabilístico, el insuficiente y poco homogéneo tamaño de la muestra, la sobrecarga asistencial y la presencia de preguntas relacionadas con el contagio por SARS-CoV-2 o los antecedentes psiquiátricos previos, que pueden condicionar las respuestas. Se proponen estudios de cohorte para evaluar el impacto de la COVID-19 a largo plazo, así como estudios de intervención a los sanitarios con mayor riesgo psicosocial para su posterior evaluación.

La exposición de los sanitarios de primera línea a la sobrecarga laboral pandémica ha generado un aumento del riesgo psicosocial, debido a la mala distribución de las tareas, la falta de tiempo, el gran ritmo de trabajo y, sobre todo, la eventualidad contractual.

La identificación de estos riesgos crecientes permite evidenciar la necesidad de reforzar las medidas preventivas y cuidar los entornos laborales. Asimismo, conocer el perfil de riesgo profesional ayudaría a encaminar las estrategias de intervención a los profesionales indicados, mejorando sus habilidades de afrontamiento y evitando la aparición de patología psiquiátrica.

BIBLIOGRAFÍA

- Manzano García G, Ayala Calvo JC. The threat of COVID-19 and its influence on nursing staff burnout. *J Adv Nurs*. 2021;77(2):832-44.
- Rascado Sedes P, Ballesteros Sanz MA, Bodí Saera MA, Carrasco Rodríguez-Rey LF, Castellanos Ortega A, Catalán González M, et al.; Junta directiva de la SEMICYUC; Junta directiva de la SEEIUC. Plan de contingencia para los servicios de medicina intensiva frente a la pandemia COVID-19. *Med Intensiva*. 2020;44(6):363-70.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). COVID-19 situation update for the EU/EEA, as of 10 December 2021. ECDC. 2021 Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/cases-2019-ncov-eueea>
- Moncada S, Llorens C, Andrés R, Moreno N, Molinero E. Manual del método CoPsoQ-istas21 (versión 2) para la evaluación y la prevención de los riesgos psicosociales en empresas con 25 o más trabajadores y trabajadoras. Adaptación del Cuestionario Psicosocial de Copenhague (CoP-SoQ) para su uso en el Estado Español. Barcelona: Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud; 2014. Disponible en: [https://copsoq.istas21.net/ficheros/documentos/v2/manual%20Copsoq%20\(24-07-2014\).pdf](https://copsoq.istas21.net/ficheros/documentos/v2/manual%20Copsoq%20(24-07-2014).pdf)
- Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health--a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32(6):443-62.
- Porras-Povedano M, Santacruz-Hamer V, Oliva-Reina I. Occupational risks perception in professional nursing practitioners at health care center. *Enferm Clin*. 2014;24(3):191-5.
- Moreno-Pimentel AG. Utilización de un cuestionario de valoración de enfermería en un servicio de prevención ajeno como herramienta de valoración del riesgo psicosocial [tesis]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2016.
- Portero de la Cruz S, Cebrino Cruz J, Herruzo Cabrera J, Vaquero Abellán M. Factores relacionados con la probabilidad de padecer problemas de salud mental en profesionales de urgencias. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019;27:e3144.
- Sánchez-Ramos CL. Estilos de personalidad, afrontamiento y satisfacción en profesionales sanitarios en relación con la salud [tesis]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2015.
- Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S, Mohammadi M, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health*. 2020;16(1):57.
- Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020;3(3):e203976.
- Moncada S, Llorens C, Navarro A, Kristensen TS. ISTAS21: Versión en lengua castellana del cuestionario psicosocial de Copenhague (COPSOQ). *Arch Prev Riesgos Labor*. 2005;8(1):18-29.
- Mate AI, Andreu JM, Peña ME. Psychometric properties of the Spanish version of the Brief COPE Inventory (COPE-28) in a sample of teenagers. *Behav Psychol*. 2016;24(2):305-18.
- Análisis de los casos de COVID-19 en personal sanitario notificados a la RENAVE hasta el 10 de mayo en España. Informe a 29 de mayo de 2020. Equipo COVID-19. RENAVE. CNE. CNM (ISCIII); 2020. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/COVID-19%20>

- en%20personal%20sanitario%2029%20de%20mayo%20de%202020.pdf
15. Situación de COVID-19 en España a 28 de abril de 2021. Informe nº 76 de casos diagnosticados a partir del 10 de mayo. Equipo COVID-19. RENAVE. CNE. CNM (ISCIII); 2021. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/Enfermedades-Transmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/INFORMES%20COVID-19%202021/Informe%20COVID-19.%20N%C2%BA%2076_28%20de%20abril%20de%202021.pdf
 16. Sanghera J, Pattani N, Hashmi Y, Varley KF, Cheruvu MS, Bradley A, et al. The impact of SARS-CoV-2 on the mental health of healthcare workers in a hospital setting-a systematic review. *J Occup Health*. 2020;62(1):e12175.
 17. Salari N, Khazaie H, Hosseini-Far A, Ghasemi H, Mohammadi M, Shohaimi S, et al. The prevalence of sleep disturbances among physicians and nurses facing the COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis. *Global Health*. 2020;16(1):92.
 18. Instituto Español de Investigación Enfermera. Informe de RRHH en Enfermería: diciembre 2020. Madrid: Fundación Instituto Español de Investigación Enfermera, Organización Colegial de Enfermería, Consejo General; 2020.
 19. Casi 600 enfermeras madrileñas de baja por Covid y modificación forzosa de horarios de trabajo. Sindicato de Enfermería de Madrid. 28 de enero de 2021. Disponible en: <https://madrid.satse.es/w/casi-600-enfermeras-madrile%C3%B1as-de-baja-por-covid-y-modificaci%C3%B3n-forzosa-de-horarios-de-trabajo>
 20. Wu K, Wei X. Analysis of psychological and sleep status and exercise rehabilitation of front-line clinical staff in the fight against COVID-19 in China. *Med Sci Monit Basic Res*. 2020;26:e924085.
 21. Joyce S, Modini M, Christensen H, Mykletun A, Bryant R, Mitchell PB, et al. Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychol Med*. 2016;46(4):683-97.
 22. Geoffroy PA, Le Goanvic V, Sabbagh O, Richoux C, Weinstein A, Dufayet G, et al. Psychological support system for hospital workers during the COVID-19 outbreak: rapid design and implementation of the COVID-Psy Hotline. *Front Psychiatry*. 2020;11:511.