



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

El bienestar laboral en el sector sanitario tras la
pandemia por COVID-19

*Workplace well-being on the Health Sector after the Covid-19
pandemic*

Autora

Nerea Caballero Serrano

Tutora

Elena Fernández del Río

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo
Grado en Relaciones Laborales y Recursos Humanos
Zaragoza, junio de 2022

Resumen

El personal sanitario forma parte de un sector fundamental que ayuda a que la Sociedad actual funcione de una forma correcta por su gran importancia en el bienestar de toda la población.

Los problemas que existen desde hace tiempo en este sector han salido a la luz como consecuencia de la aparición de la pandemia por COVID-19, desde una elevada temporalidad en los contratos hasta reducciones de plantilla que conllevan largas jornadas de trabajo para los profesionales. Todo esto ha incidido de forma directa en el bienestar laboral de estos trabajadores.

En el presente Trabajo Fin de Grado se analiza el bienestar laboral en una muestra de profesionales sanitarios tras el comienzo de la epidemia por COVID-19. Los resultados obtenidos confirman

la existencia de un problema estructural en la forma organizativa del sector sanitario y del reconocimiento que sienten los trabajadores, por lo que se recomendaría un mayor cuidado del bienestar psicológico de los profesionales para que su desempeño laboral sea mucho mejor.

Abstract

Health-care professionals are part of a fundamental sector that helps the proper function of the actual society, because that have a great importance for the society well-being.

One of the problems that exist for a long time in this sector, have appeared as a result of the COVID-19 epidemic. That problems goes from labour temporality in contracts to staff reduction, that implies long work hours for the professionals. All of that has openly affected to the labour welfare of these workers.

Using the information that we have reached through a questionnaire that has been provided to some health professionals, we can recognize those problems and the feelings that they have had in the containment and nowadays.

With the results that we analysed, confirm the existence of a structural problem in the health sector and with the recognition that they feel. We recommend a better care of their psychological comfort of the professionals to make their job performance better.

Contenido

1. BIENESTAR LABORAL	4
2. EL BIENESTAR LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO	5
2.1 El estrés laboral.....	6
2.2.1 Modelos teóricos sobre estrés laboral	6
2.2 Síndrome de <i>burnout</i> o síndrome de desgaste profesional	8
2.2.1 Teorías del síndrome de <i>burnout</i>	9
2.3 <i>Engagement</i>	10
3. OBJETIVOS	12
3.1 Objetivos generales	12
3.2 Objetivos específicos	12
4. MÉTODOS	12
4.1 Descripción de la muestra	12
4.2 Instrumentos de evaluación	12
4.3 Procedimiento	12
5. RESULTADOS	13
5.1 Análisis descriptivo de características demográficas	13
5.2 Análisis descriptivo de características laborales.....	13
5.3 Análisis descriptivo de características personales de la muestra.....	17
6. DISCUSIÓN	23
7. CONCLUSIONES	26
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
9. ANEXOS	29
Anexo 1.- Cuestionario de evaluación cumplimentado por los participantes en la plataforma Google Docs.....	29

1. BIENESTAR LABORAL

Históricamente el concepto de bienestar se relaciona con la idea aristotélica de *“eudaimonía”*, que se puede traducir como “florecimiento humano” o “prosperidad” y se utilizaba para definir el mayor bienestar humano. Como explica Roca (2019), no solamente es aplicable en el ámbito individual, sino que en el ámbito profesional también lo podemos encontrar definido como la sensación del trabajador cuando se entrega al máximo en su actividad profesional y recoge las consecuencias de su trabajo en forma de retribuciones o reconocimiento.

El bienestar laboral es un concepto que engloba dos elementos a los que se debe dar respuesta, uno de carácter organizacional y otro de carácter personal. Utilizando la definición que hace Chiavenato (2004), podemos decir que estos elementos organizacionales se relacionan con la realización personal del trabajador mediante el ejercicio del derecho al trabajo con condiciones de seguridad económica y personal y el correcto funcionamiento del trabajador dentro del medio laboral. Cuando trata sobre los elementos personales, se refiere a la búsqueda de satisfacción de las necesidades económicas, sociales y personales, buscando la mejora de las condiciones de vida.

Según lo mencionado anteriormente, se podría decir que el bienestar laboral se basa en la relación existente entre la productividad y la felicidad del empleado.

Es importante indicar que el bienestar laboral es una expresión de cómo cada trabajador dimensiona y satisface sus necesidades básicas, siempre teniendo en cuenta las condiciones productivas que determina cada organización en concreto, por lo que se podría decir que este concepto es algo personal y propio de cada trabajador.

Lo necesario para poder lograr un bienestar laboral son beneficios y servicios que la propia organización ofrece a los empleados para lograr una máxima comodidad, además de compensaciones a los trabajadores, traducidas normalmente en remuneraciones acordes a su trabajo o programas de beneficios.

Dentro de la definición de bienestar laboral se involucran aspectos personales, como el bienestar emocional y físico. Tomando como referencia el artículo de Herrera et al. (2017), la salud física y mental son dimensiones que contribuyen a una mayor calidad de vida de los seres humanos y, en relación con el ámbito laboral, un buen estado de salud permite el adecuado desarrollo de la actividad laboral, siendo este una base para conseguir y mantener un adecuado bienestar en el trabajo.

El bienestar laboral conlleva, además, unas consecuencias que, tal y como señalan Aguirre et al. (2015) (citado en Castañeda et al., 2017) genera “una satisfacción en la vida personal, bajo nivel de estrés y una mayor adherencia a las organizaciones” (p. 5). Además, se observa que no son solo las consecuencias mencionadas anteriormente, sino que, también, se logra una disminución de costes en la empresa, se fomenta la competitividad organizacional y se produce un aumento de satisfacción laboral entre los empleados.

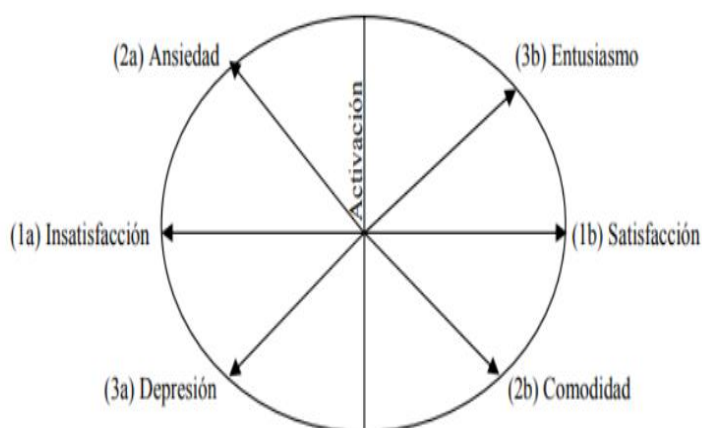
Otra de las consecuencias más importantes que nos encontramos cuando existe un bienestar laboral positivo es el aumento de la productividad en la empresa. Kinicki y Kreitner (2003) mencionan que, cuanto mayor es el interés de los supervisores en el bienestar de los empleados, mayor es el desempeño de los trabajadores.

Una de las formas que existen para poder medir el bienestar es el grado de satisfacción laboral existente. Distintos autores dan definiciones diferentes al concepto de satisfacción laboral. Locke (1976) la definía como un estado placentero resultante de las experiencias laborales. Según Boada y Tous (1993), se entiende como el factor que determina el grado de bienestar del individuo.

Según el modelo (Figura 1) que presentan Daniels y Guppy (1994) y Lucas, Diener y Suh (1996), citados en Arocena et al. (2006), se deben de considerar tres ejes principales de medición al hablar de satisfacción laboral. El primero de ellos pone en los extremos la “insatisfacción” y la “satisfacción”, siendo su polo positivo el placer o felicidad. En el segundo eje, pone en los extremos la “ansiedad” y la “comodidad”. Los sentimientos de ansiedad combinan una baja satisfacción con una alta activación mental, mientras que la comodidad se ilustra como satisfacción con una baja activación. El último eje posiciona la “depresión” y el “entusiasmo”. La primera de ellas se asocia con una baja satisfacción y activación, al contrario, el entusiasmo se asocia con una alta satisfacción y activación.

Figura 1

Ejes para la medición de bienestar



Fuente: Arocena, Ceballos y Rezola (2006)

Warr (2003), citado en Arocena et al., (2006) engloba ciertos factores laborales como, por ejemplo, la claridad del ambiente de trabajo, la remuneración, la seguridad física, la supervisión de apoyo, la oportunidad de contacto interpersonal, entre otras. Estas variables están asociadas significativamente con los ejes de medición del bienestar laboral. Las valoraciones más altas de los factores laborales mencionados se correlacionan positivamente con la satisfacción laboral.

2. EL BIENESTAR LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

El bienestar laboral tiene intrínsecos unos conceptos positivos, como es el *engagement*, y unos conceptos negativos, como el estrés y el *burnout*, que tienen distintos orígenes según el grupo profesional que se esté analizando.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, pp. 53-56) define el estrés como “el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción”.

Es importante valorar la forma en la que la persona reacciona ante el agente estresor, dependiendo de la percepción y la valoración de la situación y los recursos de los que dispone para su solución. Las actuaciones que cada individuo realiza para protegerse y enfrentarse al estrés se conocen como recursos de afrontamiento.

Cabe mencionar que no todas las respuestas al estrés son negativas. El ser humano puede responder a estos estímulos de dos formas distintas: de forma positiva (eustrés) y de forma negativa (distrés), siendo el primero una forma de respuesta estimulante que permite la realización de tareas de una forma eficaz y el segundo, es lo que comúnmente se conoce como estrés.

2.1 El estrés laboral

La definición que Sloan y Cooper (1987) dan sobre el estrés laboral es la consecuencia de un desajuste entre el individuo y su trabajo, es decir, entre sus capacidades y las exigencias del empleo.

El *National Institute of Occupational Safety and Health* (NIOSH) define el estrés laboral como “las nocivas reacciones físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador”. (Publicación N.º 99-101 enero de 1999).¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS,2004) propone como definición del estrés laboral “la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación” (p. 3).

Según Portero de la Cruz (2019), las fuentes más comunes del estrés laboral (también llamados estresores) son las siguientes:

1. Estresores ambientales: Son los relacionados con los cambios tecnológicos, demandas y obligaciones personales y familiares, condiciones económicas, entre otras.
2. Estresores organizaciones: Son las políticas, estrategias, estructura y diseño de la organización, además de condiciones de trabajo.
3. Estresores de grupo: Son la falta de cohesión grupal y apoyo social, además de posibles conflictos entre el grupo y del individuo.
4. Estresores individuales: Son los conflictos de rol o los rasgos de personalidad.

2.2.1 Modelos teóricos sobre estrés laboral

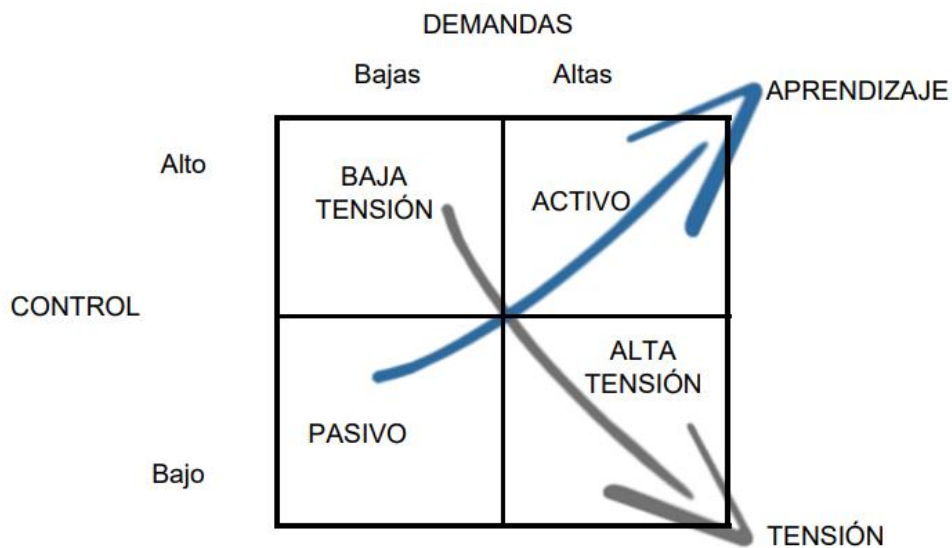
Como modelos teóricos más relevantes sobre el estrés laboral se podrían resaltar los modelos de French, de Karasek y de Siegrist, citados en Portero de la Cruz (2019).

El modelo de ajuste persona-ambiente de French et al. (1962) es un modelo que determina el grado de estrés que existe en un puesto de trabajo dependiendo del nivel de ajuste existente entre el trabajador y el entorno en el que se desenvuelve laboralmente. Son cuatro elementos los que determinan este grado de estrés: las condiciones objetivas (físicas y sociales), la percepción del contexto, el repertorio del individuo y las consecuencias en la salud del trabajador.

El modelo de demandas-control de Karasek (1979) considera que el estrés es consecuencia del desajuste que se produce entre la demanda que la empresa impone y el control que el trabajador tiene sobre esta (Figura 2). Según este modelo, el estresor que crea las situaciones de presión sobre el trabajador son las altas demandas que, junto al bajo control, es la razón por la que se producen efectos adversos en el trabajador. La unión de estos efectos crea lo que es conocido como trabajo altamente estresante. El que las demandas no sean abrumadoras y el trabajador tenga control sobre las tareas conlleva la aparición de un alto nivel de aprendizaje. La baja tensión se produce en situaciones en las que las demandas son mínimas y, además, el individuo dispone de capacidad de control.

¹ Fuente: https://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/99-101_sp/default.html

Figura 2
Modelo de Demandas-Control.

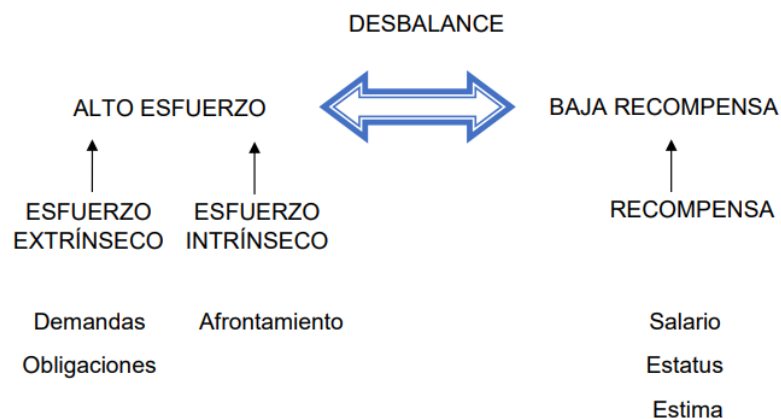


Fuente: Karasek (1979), citado en Portero de la Cruz, (2019).

Posteriormente, esta teoría se desarrolló incorporando otro elemento, el apoyo social, que actúa como un atenuante del estrés. Johnson et al. (1988) demostraron que las demandas altas eran amortiguadas de forma más efectiva por los incrementos de control si aparecía el apoyo social al individuo.

El modelo de esfuerzo-recompensa de Siegrist (1996) defiende la aparición de estrés laboral cuando se produce un desequilibrio entre el esfuerzo que realiza el trabajador y la recompensa que recibe por su trabajo, siendo el esfuerzo mayor que la recompensa. El esfuerzo puede ser intrínseco cuando se refiere a la alta motivación por el enfrentamiento, o extrínseco, cuando se refiere a demandas y obligaciones. La recompensa engloba el salario, el estatus dentro de la propia organización y la estima (Figura 3).

Figura 3
Modelo de Esfuerzo-Recompensa



Fuente: Siegrist (1996), citado en Portero de la Cruz, (2019).

Es pues uno de los síndromes más frecuentes en los trabajadores de la sociedad actual por razones como el exceso de demanda de trabajo y la alta competitividad laboral que se exige a los empleados. Además, por la tipología de trabajos, hay grupos que son más vulnerables a los efectos del estrés como, por ejemplo, aquellos dedicados al cuidado de personas con dependencia (Matey, 1996).

Por ende, los profesionales sanitarios tienen una exposición mayor al estrés, además de por la razón mencionada anteriormente, por la continua relación con los pacientes, en la que debe de prevalecer la

empatía y el compromiso y por la necesidad de continua actualización de conocimientos sobre la materia, la utilización de nuevas tecnologías y los recortes presupuestarios en el sistema público sanitario.

La aparición del estrés en el personal sanitario aparece de forma prematura a su inserción en el mundo laboral. Un estudio realizado por De Celis et al. (2001) muestra un mayor nivel de estrés académico en los estudiantes de primer año del Grado en Medicina, con causas como la sobrecarga académica y la realización de exámenes.

En el ámbito sanitario, según Sun et al. (2017), citado en Portero de la Cruz (2019), los estresores laborales se pueden clasificar en cinco categorías:

- Problemas profesionales, relacionados con las limitadas oportunidades de promoción o el elevado número de rotaciones.
- Carga y presión laboral, relacionada con las altas cargas de trabajo y elevado número de tareas burocráticas.
- Problemas ambientales, relacionados con entornos de trabajo defectuosos, exceso de pacientes en las unidades y recursos insuficientes.
- Interacción con el paciente, referida a la no cooperación de estos y la gravedad de su estado de salud.
- Relaciones interpersonales, referida a la falta de apoyo entre el personal.

Cuanto mayor es la especialización del personal, la aparición del estrés es menor, poniendo el ejemplo de los cirujanos y siguiendo lo que dice Martínez (2006, p. 1): “Su personalidad se caracteriza por cierta dosis de agresividad, seguridad mental, independencia, dominancia y autocontrol. Además, son extrovertidos, adaptables y prácticos, y tienden a establecer relaciones de cariño recíproco tanto con compañeros como con familiares y amigos”. Los rasgos descritos, junto con unas condiciones laborales más beneficiosas, hacen que la afección del estrés sea menor.

Una de las conclusiones que se extrae del trabajo de García-Moran y Gil-Lacruz (2016) es que los profesionales de la enfermería tienen un mayor margen de prevención del estrés por la menor responsabilidad que tienen en comparación con los médicos.

2.2 Síndrome de *burnout* o síndrome de desgaste profesional

Freudenberger (1974) fue uno de los autores que desarrolló el estudio sobre el desgaste profesional, definiendo el *burnout* como “la sensación de fracaso y agotamiento como consecuencia de una sobrecarga por exigencia de energía, recursos personales o fuerza espiritual del individuo” (p.139). Años más tarde, matizó el concepto como el estado de fatiga o frustración originado cuando la dedicación a otras personas o el fervor hacia una causa determinada no revierte la recompensa que se esperaba con antelación.

La definición que Pines y Aronson (1988) dan en la NTP 704 sobre el síndrome de *burnout* es la de un “estado de agotamiento emocional, físico y mental grave en el que la persona se derrumba a causa del cansancio psíquico o del estrés que surge de la interacción social y ante una rutina laboral” (p.2).

Aunque la mayoría de los investigadores la definición que aceptan es la que dan García (1995) y Maslach et al. (2001), citado en Ortega (2004), que lo entienden como “el cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso” (p.139).

En todas las definiciones aparecen elementos comunes, tal y como señala Mingote (1998):

- Predominancia de los síntomas disfóricos.
- Agotamiento emocional.
- Alteraciones de la conducta junto con síntomas físicos.
- Técnicas paliativas reductoras de la ansiedad residual, por ejemplo, las conductas adictivas.

En el origen de este síndrome intervienen distintos elementos cognitivo-actitudinales, emocionales y actitudinales, lo que implica para el individuo problemas y alteraciones psicofisiológicas con consecuencias negativas para él mismo y para la organización en la que trabaja.

Esta patología se desarrolla en trabajadores que cumplen unos requisitos específicos, y son los siguientes:

- Trabajan con personas.
- Sufren agotamiento emocional, definido como la sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás.
- Despersonalización, entendida como las actitudes negativas y distantes hacia los recibidores del servicio que realice el trabajador.
- Baja realización personal caracterizada por una desilusión hacia los logros personales y sentimientos de fracaso.

Aunque puedan ser confusos, hay que tener en cuenta las diferencias que existen entre el estrés y el *burnout*. Volviendo al artículo de Ortega y López (2004), los autores Álvarez y Fernández (1991) señalan como principal diferencia que “el *burnout* es una reacción al estrés en el trabajo en función de las demandas y características de la ocupación” (p.140). Por lo que se concluye que uno de los sectores en los que el síndrome de *burnout* es más recurrente es el sector sanitario, siendo, por ejemplo, en España, el ámbito en el que se centran la mayoría de las investigaciones sobre este tema.

Este sector laboral posee unos estresores específicos, relacionados con la implicación personal y emocional y con la organización de trabajo:

- Exceso de estimulación asertiva al enfrentarse a situaciones de dolor y pérdida de pacientes.
- Contacto continuo con enfermos, que conlleva una implicación para crear un vínculo de ayuda.
- La frustración de no poder curar.
- Alta afluencia de enfermos a tratar.
- Escasa formación en control de emociones.
- Horario irregular.
- Conflicto y ambigüedad de rol. Según la información extraída de la NTP 388, el conflicto de rol ocurre cuando “se producen cuando hay demandas o exigencias en el trabajo que son entre si incongruentes o incompatibles para realizar el trabajo” (p.3). La ambigüedad de rol es “la situación que vive la persona cuando no tiene suficientes puntos de referencia para desempeñar su labor o bien éstos no son adecuados” (p. 2).
- Falta de cohesión en el equipo multidisciplinar.
- Burocratización e individualismo en instituciones sanitarias.

2.2.1 Teorías del síndrome de *burnout*

Los modelos que vamos a describir a continuación son los que explican las causas que subyacen al síndrome, es decir, nos vamos a centrar en los modelos explicativos. Según Portero de la Cruz (2019), Ortega y López (2004), Gil-Monte y Peiró (1999) clasifican en tres grupos las teorías:

I) Teoría sociocognitiva del yo

Según esta teoría, son las cogniciones de las personas las que influyen en las acciones que realizan y que estas estén influidas por las consecuencias de las acciones que realicen. Además, la seguridad que tenga el individuo sobre sus habilidades determinará la forma y perseverancia que tendrá para lograr sus objetivos que él mismo y la organización le propongan. Algunos modelos que se basan en esta teoría son los siguientes:

- *Modelo de competencia social de Harrinson (1983).*

Se entienden la competencia y la eficacia como variables determinantes para la aparición del *burnout*. Demuestra que el personal del sector servicios tiene una alta motivación en la ayuda de los demás

y posee un sentimiento de altruismo alto. Esta motivación no es siempre positiva, puesto que pueden aparecer factores barrera que dificulten el logro de los objetivos, por lo que su eficacia disminuye y finaliza con la aparición del *burnout*.

– *Modelo de Thompson et al. (1993)*.

Se basa en el modelo de autocontrol de Carver et al. (1988) y se relaciona con las diferencias que existen entre las demandas de trabajo y los recursos del propio individuo. Cuando las demandas son más elevadas que los recursos del individuo aparecen sensaciones de frustración que afectan al clima laboral.

II) Teoría del intercambio social

Tiene la creencia de que el *burnout* aparece en las “percepciones de falta de equidad que genera el individuo como consecuencia del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales” (p. 145). Aparecerá pues cuando la aportación del individuo sea mayor que lo que recibe.

– *Modelo de Buunk (1993)*.

Se fundamenta en el personal de enfermería y comenta que se produce por las relaciones sociales con los pacientes y las relaciones con sus compañeros. En relación con los pacientes, aparecen tres estresores en la aparición del *burnout*: incertidumbre, percepción de equidad y falta de control. En relación con sus compañeros aparece la búsqueda de apoyo social ante el estrés que pueda desarrollar.

– *Modelo de Hobfoll (1993)*.

Se parte de la base de que el estrés aparece cuando el individuo percibe que lo que le motiva está amenazado. Estos estresores crean dudas a los trabajadores sobre las habilidades y capacidades para lograr el éxito profesional.

III) Teoría organizacional

Dan importancia a los estresores del entorno y clima de la propia organización en la creación de la situación de *burnout* y las posibles estrategias de afrontamiento que tome el individuo.

– *Modelo de Cox (1993)*.

Considera el *burnout* como “la respuesta al estrés laboral ante el uso, por parte del individuo, de estrategias de afrontamiento ineficaces” (p.58).

– *Modelo de Winnubst (1993)*.

Toma la estructura, cultura y clima organizacional y el apoyo social del trabajo como principios del *burnout*. Distintas estructuras dan lugar a distintas culturas organizacionales, que está muy relacionada con el apoyo social.

Las consecuencias que puede acarrear este síndrome pueden ser de distinta índole:

- **Índole físico:** Desarrollo de molestias y trastornos musculoesquelético. Otros ejemplos son la obesidad, diabetes o incremento de la mortalidad en personas de menos de 45 años.
- **Índole psicológico:** Es el ámbito más afectado, con síntomas depresivos, insomnio o abuso de sustancias tóxicas.
- **Índole organizacional:** Los ejemplos más utilizados son la insatisfacción laboral, absentismo o disminución de la productividad.

2.3 Engagement

El *engagement* es un concepto que proviene de la psicología positiva, que surge en 1954, de la mano de Abraham Maslow, cuando realizó un enfoque de los aspectos saludables de la mente humana. Aunque esta parte de la psicología quedó integrada por Martin Seligman, presidente de la Asociación Americana de Psicología, en los años 90.

Extraído de la tesis de González (2020), menciona a Salanova y Schaufeli (2009), que expresan que existen dos formas de estudiar el *engagement*: desde el ámbito de las consultorías y desde el ámbito

académico. En el primero, se relaciona el *engagement* con un mayor beneficio a través de una mayor productividad.

Dentro del ámbito académico, hay dos aproximaciones: como rol laboral y como la propia realización del trabajador. Dentro del primer rol, según Kahn (1990), el *engagement* se entiende como “la energía concentrada dirigida hacia las metas organizacionales” (p.13), definiendo a los trabajadores de las organizaciones como individuos que se encontraban conectados con sus roles. Los *trabajadores engaged* son los que poseen esa conexión, y como consecuencia, su esfuerzo en el trabajo será mayor, y el *disengagement* personal sería la desconexión entre ambos elementos.

El *engagement* como estado de realización se define por Rodríguez-Muñoz y Bakker (2013), Salanova y Schaufeli (2009) y Schaufeli y Bakker (2011), como un “estado psicológico de realización, e incluso como lo opuesto al *burnout*” (p.14). Desde el punto de vista de Rodríguez-Muñoz y Bakker (2013), cuando aparece el *engagement* se pueden comprobar altos niveles de energía, participación y eficacia, por lo que se puede entender como un indicador de motivación interna en el trabajo.

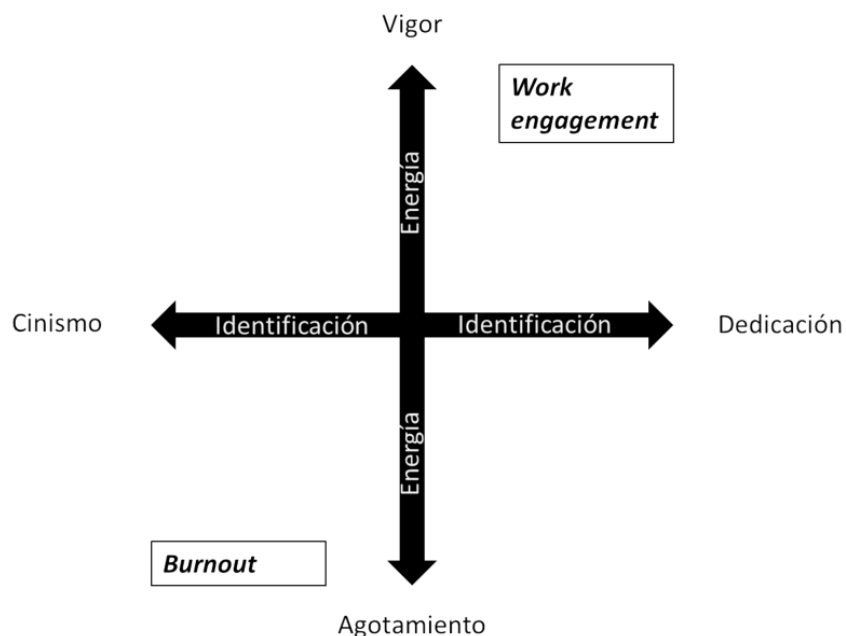
Los mismos autores que definen el *engagement* como estado de realización implementan tres dimensiones del *engagement*, que son las siguientes:

- Vigor: Se caracteriza por altos niveles de energía mientras se trabaja y un deseo de esfuerzo al desarrollar el trabajo.
- Dedicación: Se caracteriza por una alta implicación laboral junto al sentimiento de entusiasmo y orgullo por el trabajo.
- Absorción: Referida a la total concentración del individuo cuando está desarrollando su trabajo.

Observando estas características podemos reafirmar la definición que se menciona anteriormente con relación al *burnout*, ya que, el vigor y la dedicación son los polos opuestos al agotamiento y al cinismo (Figura 4). Siguiendo a lo que dicen Salanova y Schaufeli, (2009): “El *burnout* se caracteriza por una combinación de agotamiento (poca energía) y cinismo (poca identificación), a la vez que el *engagement* en el trabajo es caracterizado por una combinación de vigor (alta energía) y dedicación (alta calificación)” (p. 15).

Figura 4

Oposición del work engagement frente al burnout



Fuente: González (2020). Adaptado de Salanova y Schaufeli (2009).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivos generales

Como objetivo general del estudio está el conocer la situación del bienestar laboral del personal sanitario durante los meses de pandemia por COVID-19.

3.2 Objetivos específicos

Los objetivos específicos que se pretenden alcanzar son:

- Analizar cómo ha afectado psicológicamente la alta carga laboral que experimentó el personal sanitario durante la pandemia por COVID-19.
- Conocer los factores sociofamiliares que hayan podido incidir en el aumento de la ansiedad del personal sanitario durante la pandemia por COVID-19.

4. MÉTODO

4.1 Descripción de la muestra

El criterio de inclusión que se estableció para poder colaborar en el estudio fue que las personas participantes desempeñasen su trabajo en cualquier ámbito sanitario durante la pandemia por COVID-19 (desde marzo de 2020, fecha en la que se denominó la situación sanitaria como “pandemia”, hasta la actualidad).

La recogida de información se llevó a cabo mediante un muestreo no probabilístico por bola de nieve, dadas las dificultades para acceder a este colectivo desde una aproximación aleatoria, y que se detallará en el subapartado de “Procedimiento” (4.3). El número total de participantes fue de 47 personas, cuyas características demográficas y laborales se detallarán en el apartado de Resultados.

4.2 Instrumentos de evaluación

Para la realización de este estudio, se adaptó el cuestionario utilizado por Muñoz et al.(2020), en una muestra de profesionales de la pediatría, para poder ser aplicado a otro tipo de profesionales sanitarios.

Este cuestionario incluye un total de 24 ítems, dentro de los cuales 22 son de carácter cerrado y 2 de carácter abierto. Además, 16 de las preguntas eran de obligado cumplimiento y 8 eran optativas (ver Anexo 1) . Atendiendo a su contenido, los ítems evaluaban las siguientes características:

- Sociodemográficas: Cuestiones relativas a la edad y sexo de los participantes. Además, se incluye como primera pregunta el consentimiento para el uso de respuestas con fines académicos.
- Condiciones de trabajo: Cuestiones relativas al puesto de trabajo ocupado por la persona, tipo de trabajo, antigüedad en el puesto, tipo de centro en el que lo desempeñaban, tipo de pacientes que trataron y condiciones contractuales que tenían las personas encuestadas y si sufrieron un cambio en la tipología de su contrato, pasando a ser un “contrato COVID”.
- Consecuencias familiares: Cuestiones relativas a la conciliación familiar y laboral, referidas a la separación de las personas de su unidad familiar y el cuidado de sus hijos, en el caso de que correspondiese.
- Consecuencias personales: Cuestiones relativas a mostrar las preocupaciones y síntomas físicos de los trabajadores sanitarios durante la pandemia y cómo se encuentran psicológicamente en la actualidad. Además, hay cuestiones relacionadas con el consumo de alcohol, tabaco y medicación relacionada con trastornos depresivos y ansiosos durante la pandemia.

4.3 Procedimiento

Para la recogida de datos se utilizó un muestro no probabilístico de bola de nieve, por la dificultad de acceso al sector al que está dirigido este trabajo. Es una técnica que funciona en cadena, es decir, para que

el cuestionario llegue a un número considerable de respuestas se insta a las personas encuestadas que lo envíen a otras personas que cumplan con los requisitos y, éstas a su vez, lo envíen a otras.

El cuestionario se diseñó a través de Google Forms y el link generado para la resolución del cuestionario se compartió por distintas redes sociales como WhatsApp, Facebook o LinkedIn.

Todos los participantes dieron su consentimiento expreso para participar en el estudio, tras garantizar la confidencialidad de la información, y no recibieron ningún tipo de compensación a cambio.

5. RESULTADOS

5.1 Análisis descriptivo de características demográficas.

Las características demográficas de la muestra aparecen en la Tabla 1. En relación con el sexo de la muestra recogida, el 82,98% eran mujeres y el 17,02% hombres. En referencia a la edad, la participación en la encuesta ha sido mayoritaria en personas menores de 30 años (72,34%), seguidos de personas con edades que oscilan entre los 30 y 50 años (12,77%) y, finalmente de los grupos con edades entre los 51 y 60 años y los mayores de 60 (8,50% y 6,38% respectivamente).

Tabla 1

Características demográficas de la muestra

		<i>n</i>	%
Sexo	Hombre	8	17,02%
	Mujer	39	82,98%
Edad	<30	34	72,34%
	30-50	6	12,77%
	51-60	4	8,5%
	>60	3	6,38%

Fuente: Elaboración propia

5.2 Análisis descriptivo de características laborales

Como se puede observar en la Tabla 2, donde aparece la muestra distribuida por el tipo de trabajo que desempeñaban durante el periodo temporal analizado, nos encontramos con que la mayor parte del personal encuestado eran enfermeros/as (61,7%). El segundo empleo más frecuente fue el de médico/a (21,28%), seguido de estudiantes de enfermería, personal de laboratorio y TCAE (técnicos en cuidados auxiliares de enfermería; 4,26% respectivamente). Finalmente, se encuestó a un farmacéutico y a un técnico en emergencias sanitarias.

Tabla 2

Datos desagregados por trabajo desempeñado

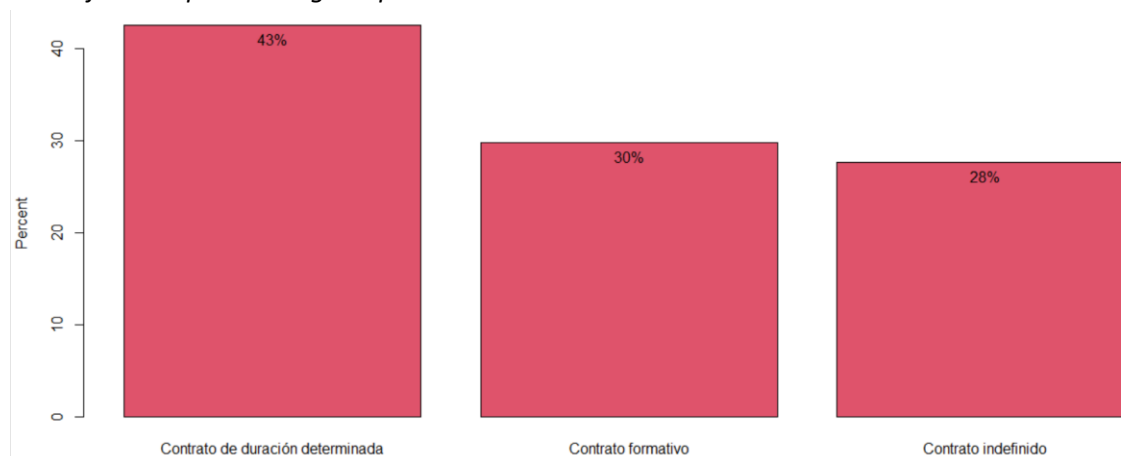
Trabajos desempeñados	<i>n</i>	%
Enfermero/a	29	61,70%
Médico/a	10	21,28%
Estudiante de enfermería	2	4,26%
Personal de laboratorio	2	4,26%
Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería	2	4,26%
Farmacéutico/a	1	2,3%
Técnico en emergencias sanitarias	1	2,3%
Total	47	100%

Fuente: Elaboración propia

En la Figura 5 podemos observar el tipo de contrato que tenía la muestra, siendo el más frecuente el contrato de duración determinada (43%). El 30% de la muestra posee un contrato formativo y, finalmente, el 28% posee un contrato indefinido.

Figura 5

Porcentaje de respuestas según tipo de contrato



Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 3 aparecen los resultados referidos a la relación entre el tipo de contrato laboral y el haber sufrido cambios de contrato a la nueva tipología contractual que se estableció a raíz de la pandemia, el “contrato de apoyo COVID”. Según se recoge en la tabla, el 65% de los contratos de duración determinada, que fueron los más predominantes en la muestra recogida, fue el tipo de contrato que más cambios experimentó hacia el contrato de apoyo COVID. Le sigue el contrato formativo, que tuvo un 42,9% de cambio. Finalmente, el contrato indefinido fue el tipo de contrato que menos cambio sufrió, siendo solamente el 7,7% de los profesionales los que sufrieron esta alteración.

Tabla 3

Relación del tipo de contrato con sus modificaciones a “contrato de apoyo COVID”

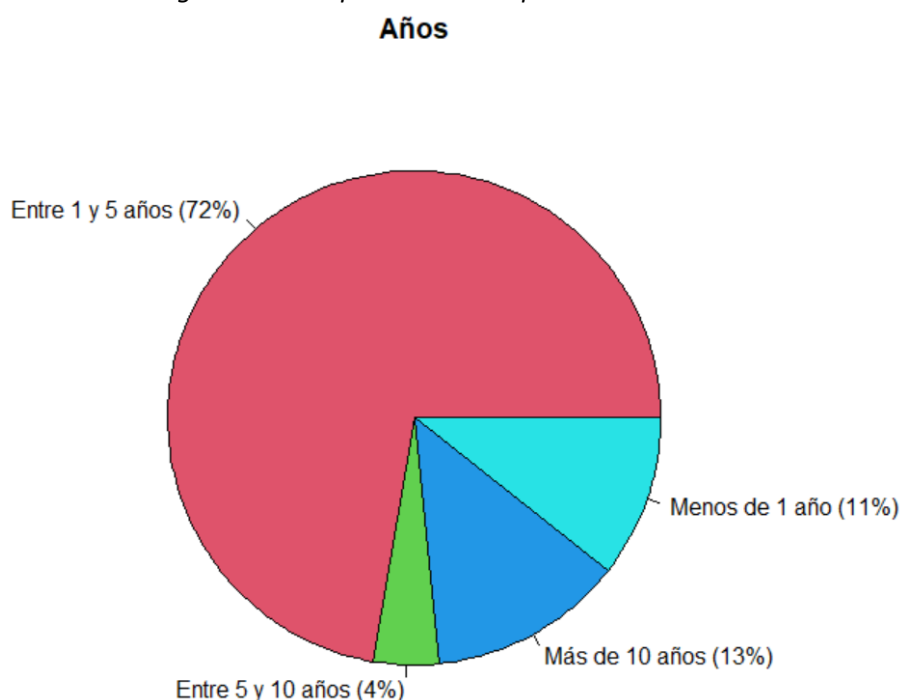
Tipología del contrato	Cambio a “contrato COVID”	
	<i>No</i>	<i>Sí</i>
Duración determinada	35,0%	65,0%
Formativo	57,1%	42,9%
Indefinido	92,3%	7,7%

Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 6 podemos observar la distribución de la muestra según los años que se ha estado prestando servicios sanitarios. El 72% de los encuestados llevaban entre 1 y 5 años, seguidos del 10% que contaba con más de 10 años de experiencia. El 4% correspondió a una experiencia laboral entre 5 y 10 años.

Figura 6

Porcentaje de la muestra según los años que han estado prestando servicios sanitario



Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 4 aparecen los datos recogidos en la muestra desagregados según el tipo de centro en el que realizaron el trabajo. Como centro predominante encontramos el hospital (68,09%), seguido de los centros de salud (10,64%). Finalmente, hay que una cuestión referida a la categoría “*Urgencias y emergencias*”, ya que se podría incurrir a error con las urgencias hospitalarias. Se refiere al centro que, mediante vías telefónicas, tiene como finalidad dar respuesta los 365 días al año y las 24 horas del día a las demandas de atención sanitaria urgente de la población.

Tabla 4

Distribución del tipo de centro de trabajo de la muestra

Tipo de centro	n	%
Adicciones	1	2,13%
Ambulancias	1	2,13%
Centro de salud	5	10,64%
Extrahospitalario	1	2,13%
Farmacia	1	2,13%
Hospital	32	68,09%
Urgencias y emergencias	2	4,26%
Hospital y centros de salud	4	8,51%

Fuente: Elaboración propia.

Centrándonos en el número de trabajadores de hospitales, que es el centro de trabajo más frecuente, los datos de estos se pueden desagregar según el nivel de complejidad del propio centro y el ámbito en el que trabajaba.

En la Tabla 5 aparecen desagregados los datos mencionados en el párrafo anterior. En relación con el tamaño del hospital en el que realizaron los trabajadores sus labores durante la pandemia, dividiéndolos en primario (hospitales con menos de 200 camas), secundario (hospitales con entre 200 y 500 camas) y

terciario (hospitales con más de 500 camas), observamos que son estos últimos los más frecuentes (69%). El menos común es el hospital primario, representando el 11% del total de los datos recogidos.

En relación con el ámbito profesional en el que trabajaron, el más predominante fue el trabajo en planta (44,44%), seguido de urgencias (19,44%). Cabe mencionar la diferencia que existe entre UCI y UCRI: mientras que la UCI se refiere a la Unidad de Cuidados Intensivos, la UCRI se refiere a la Unidad de Cuidados Respiratorios Intensivos, unidad que tuvo una gran importancia durante la pandemia, ya que quitaban peso a las UCIS de los hospitales españoles.

Tabla 5

Distribución de los trabajadores de hospitales según nivel de complejidad y ámbito

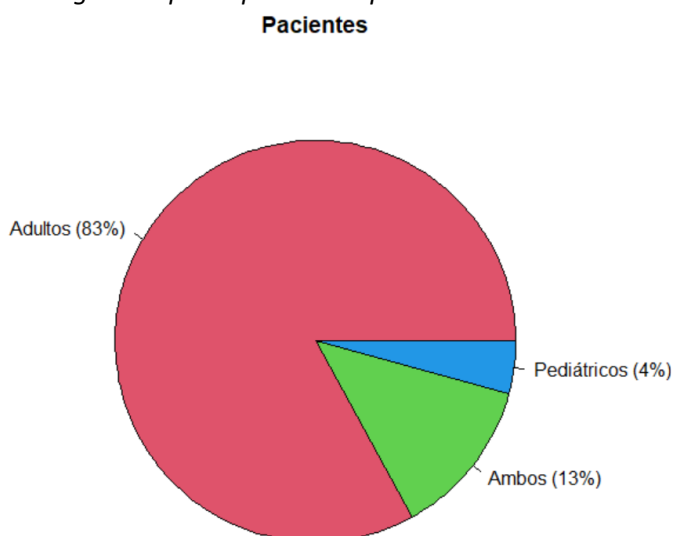
Tamaño	N	%
Primario	4	11%
Secundario	7	19%
Terciario	25	69%
Ámbito	N	%
Laboratorio	2	5,56%
Localización	2	5,56%
Planta	16	44,44%
Quirófano	2	5,56%
UCI	6	16,67%
UCRI	1	2,78%
Urgencias	7	19,44%

Fuente: Elaboración propia.

En relación con la tipología de pacientes que trataron durante la pandemia (Figura 7), nos encontramos con que una amplia mayoría trataron a pacientes adultos (83,0%). El 13% atendió tanto a pacientes adultos como pacientes pediátricos y solo el 6% de la muestra trató únicamente a pacientes pediátricos.

Figura 7

Porcentaje de la muestra según el tipo de pacientes que atendieron durante la pandemia



Fuente: Elaboración propia.

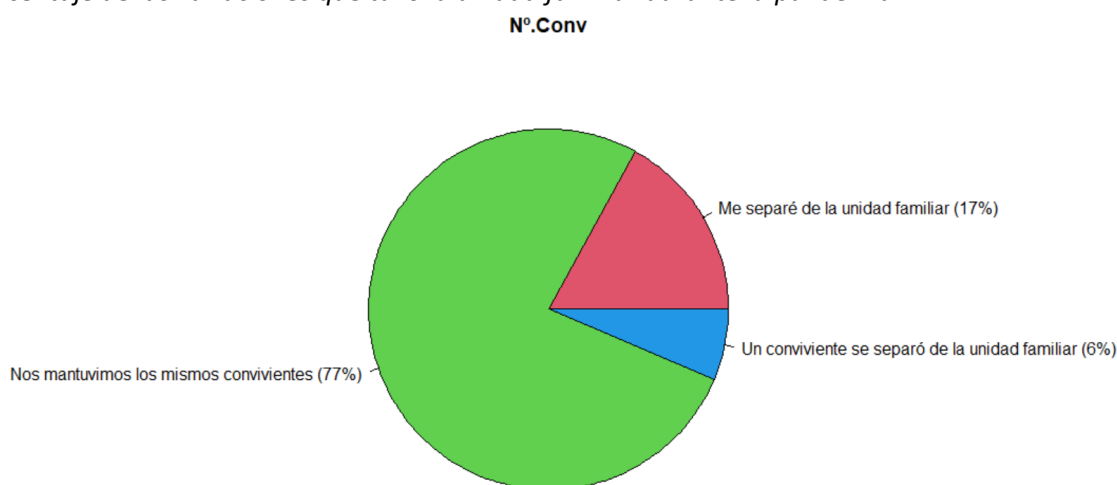
5.3 Análisis descriptivo de características personales de la muestra.

En este apartado se va a analizar la información relativa a las circunstancias personales de los encuestados, en relación con su situación de convivencia en su unidad familiar, el reconocimiento sentido por parte de la institución sanitaria en la que trabajaban y sentimientos que tuvieron durante la pandemia y en la actualidad.

En la Figura 8, se muestran las variaciones que tuvo la unidad familiar de los participantes durante la pandemia COVID-19. El 77% de la muestra mantuvo su unidad familiar sin ningún cambio. El 23% restante de la muestra sí que sufrieron cambios en su unidad familiar por miedo de contagio a algún conviviente. El 17% se separó de la unidad familiar y, en el caso del 6% restante, fue un conviviente el que se separó de la unidad familiar.

Figura 8

Porcentaje de las variaciones que tuvo la unidad familiar durante la pandemia



Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 6, la muestra se refiere solamente a los participantes con hijos ($n = 13$). Dentro de este grupo, el 76,9% no tuvo que recurrir a nadie para el cuidado de sus hijos en el periodo de pandemia por COVID, mientras que el 23,1% reconoció haber tenido que recurrir a algún familiar para el cuidado de sus hijos. En relación con el cambio de turno, solamente el 15,4% solicitó un cambio de turno por razones de cuidado de hijos, frente al 84,6% que no lo solicitó.

Tabla 6

Tabla sobre cuestiones relativas al cuidado de hijos ($N=13$)

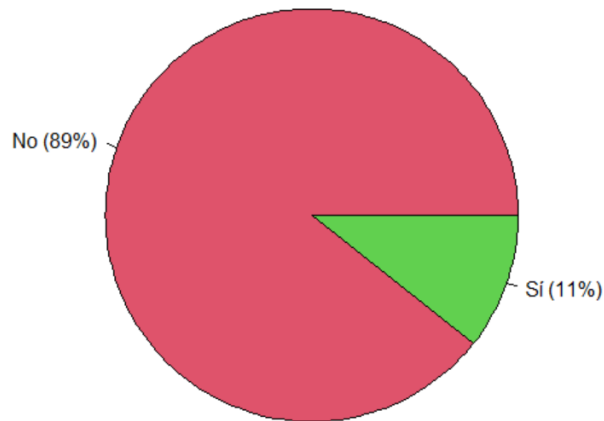
Recurrir a alguien para su cuidado	<i>n</i>	%
No	10	76,9%
Sí, a otro familiar	3	23,1%
Cambio de turno		
No	11	84,6%
Sí	2	15,4%

Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 9 se muestra que el 89% afirma no haberse sentido reconocidos profesionalmente por las instituciones.

Figura 9

Porcentaje de la muestra que se siente reconocida por las instituciones
Reconocimiento

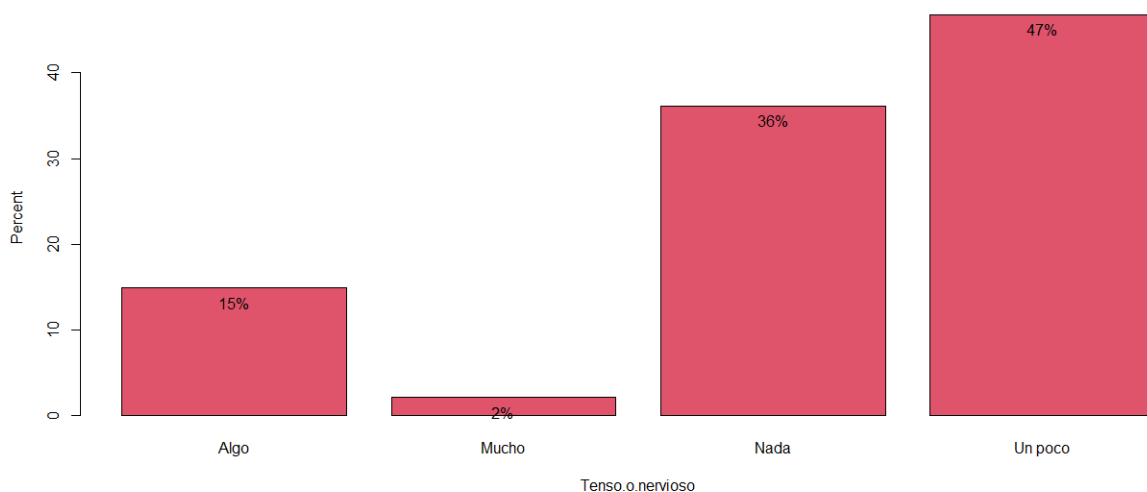


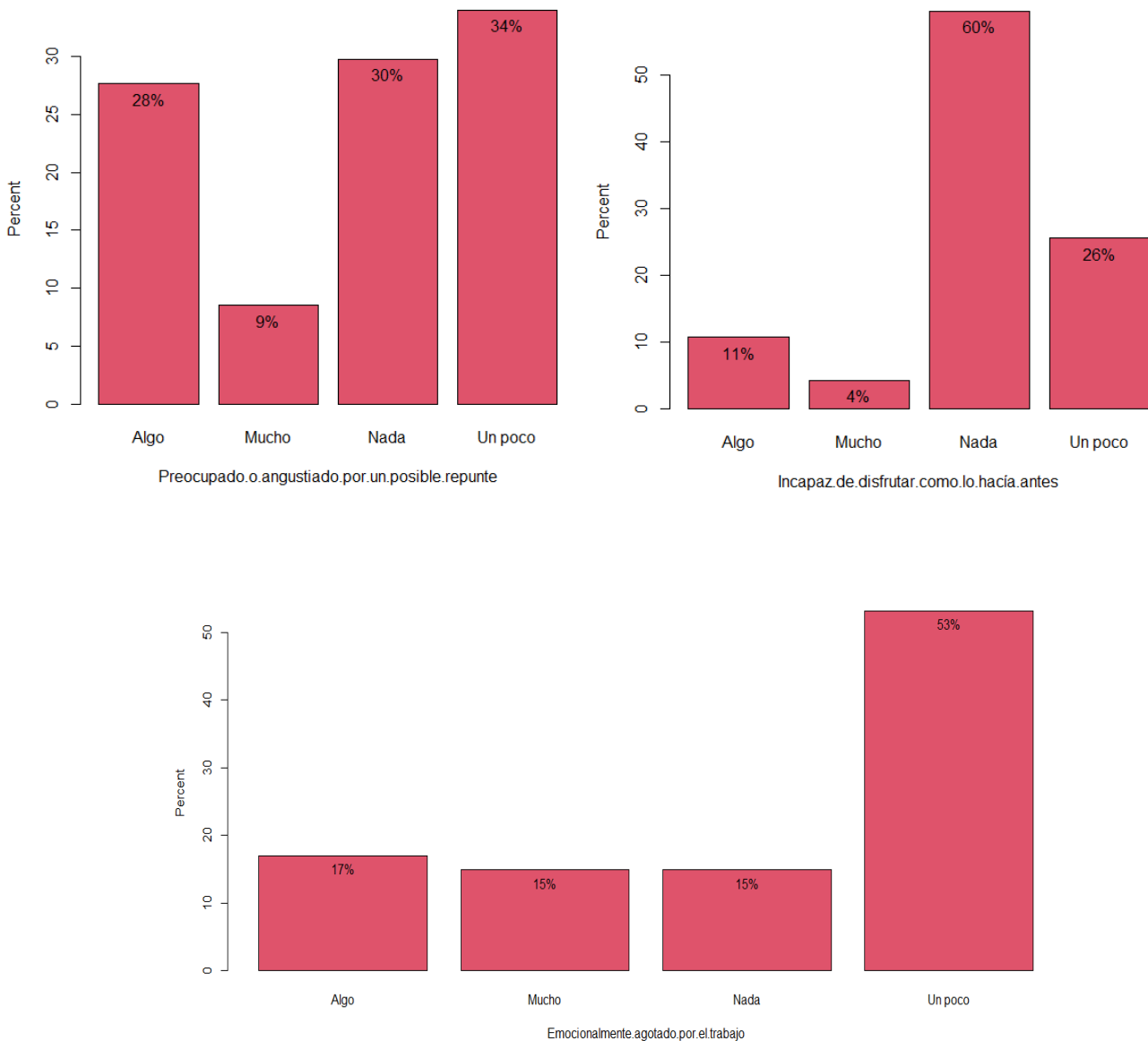
Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 10 se observan distintas sensaciones de los trabajadores a consecuencia de la pandemia por COVID-19. El sentimiento más frecuente experimentado por los encuestados es el de estar emocionalmente agotado de su trabajo (14,89%), seguido de una preocupación y angustia por otro repunte de casos (8,51%). Una parte de la muestra tomada solamente se siente un poco tensa o nerviosa (46,81%), mientras que un 59,57% de la muestra no sienten que sean incapaces de disfrutar el trabajo como lo hacían antes.

Figura 10

Sensaciones de los trabajadores





Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 7 se resumen los datos recogidos sobre la sintomatología que padecieron los trabajadores durante la pandemia por COVID-19. El síntoma más frecuente entre la muestra es la sensación de fatiga y cansancio físico (87,3%), seguido de un mal humor e hipersensibilidad (80,8%) y ansiedad y nerviosismo (74,5%). En cambio, las sintomatologías menos frecuentes fueron las taquicardias (59,6%), el dolor abdominal, pérdida de apetito o apetito excesivo (57,4%) y la cefalea (44,7%).

Tabla 7*Sintomatología de los trabajadores en periodo COVID*

Sintomatología	Sí		No	
	n	%	n	%
Sensación de fatiga, cansancio físico	41	87,3%	6	12,7%
Ansiedad, nerviosismo	35	74,5%	12	25,53%
Cefalea	26	55,3%	21	44,7%
Dificultad para conciliar el sueño, despertarse frecuentemente o pesadillas	29	61,7%	18	38,3%
Dolor abdominal, pérdida de apetito o apetito excesivo	20	42,5%	27	57,4%
Mal humor, hipersensibilidad	338	80,8%	9	19,2%
Problemas de concentración	29	61,7%	17	38,3%
Taquicardia	19	40,4%	28	59,6%
Tristeza, miedo	35	74,5%	12	25,5%

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 8 se analizan las preocupaciones que tuvieron los trabajadores que realizaron el cuestionario durante la pandemia del COVID. La situación por la que más se preocuparon los trabajadores fue la sensación de incertidumbre que sentían al pensar en el futuro (76,60%), seguida de la preocupación por la sobreinformación que mostraban los medios audiovisuales como la televisión o las redes sociales (74,47%) y contagiar a sus convivientes (74,47%). En relación de con lo que menos se preocuparon fue por la incapacidad de desconectar fuera del trabajo (12,77%) y la falta de preparación profesional (19,15%).

Tabla 8*Preocupaciones de los trabajadores durante la pandemia COVID*

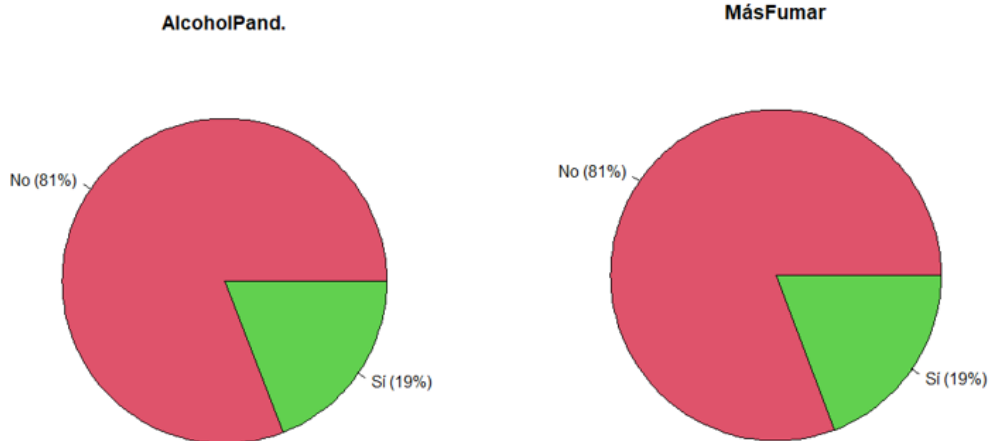
Preocupaciones	Mucho	Un poco	Nada
Contagiar a tus convivientes	74,47%	17,02%	8,51%
Contagiarse a uno mismo	40,43%	55,31%	4,26%
El contagio de sus compañeros de trabajo	53,19%	38,30%	8,51%
El estado emocional de sus compañeros	65,96%	29,78%	4,26%
Sentimiento de impotencia	63,83%	27,66%	8,51%
Sentimiento de incapacidad para volver a la normalidad	72,34%	23,40%	4,26%
Falta de preparación profesional	48,94%	31,91%	19,15%
Incapacidad de desconectar fuera del trabajo	59,57%	27,66%	12,77%
La sensación de incertidumbre para pensar en el futuro	76,6%	23,40%	0%
La sobreinformación de los medios audiovisuales	74,47%	14,62%	10,64%

Fuente: Elaboración propia.

En las Figuras 11 y 12, se analiza si el consumo de alcohol aumentó tras la pandemia y si, en caso de ser fumador, se fumó más de lo habitual o si, en el caso de las personas exfumadores, se volvió a hacerlo. Como se observa en la Figura 11, comprobamos que el 81% no aumentó su consumo de alcohol, mientras que el 19% reconoció fumar más de lo habitual o haber vuelto a fumar con la pandemia por COVID-19 (ver Figura 12).

Figuras 11 y 12

Porcentaje de personas que aumentaron su consumo de alcohol y tabaco

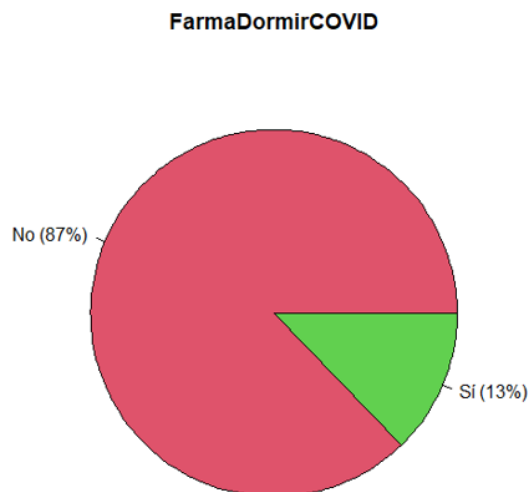


Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 13 se muestra la información relativa al consumo de fármacos para dormir durante la pandemia, partiendo de que ninguna de las personas participantes tomaba este tipo de mediación con anterioridad al comienzo de la pandemia de forma habitual. Nos encontramos con que un 12,8% de la muestra reconoce haber necesitado fármacos para dormir.

Figura 13

Porcentaje de participantes que necesitaron fármacos para dormir



Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 9 se realiza una comparativa sobre el consumo de fármacos para la ansiedad y la depresión con anterioridad y en el momento de la pandemia. Se parte de que, con anterioridad a la pandemia, solamente el 2,13% persona consumía fármacos para la ansiedad o la depresión, mientras que asciende al 6,4% el porcentaje de personas que reconoce el uso de estos fármacos durante la pandemia.

Tabla 9

Consumo de fármacos para la ansiedad o depresión

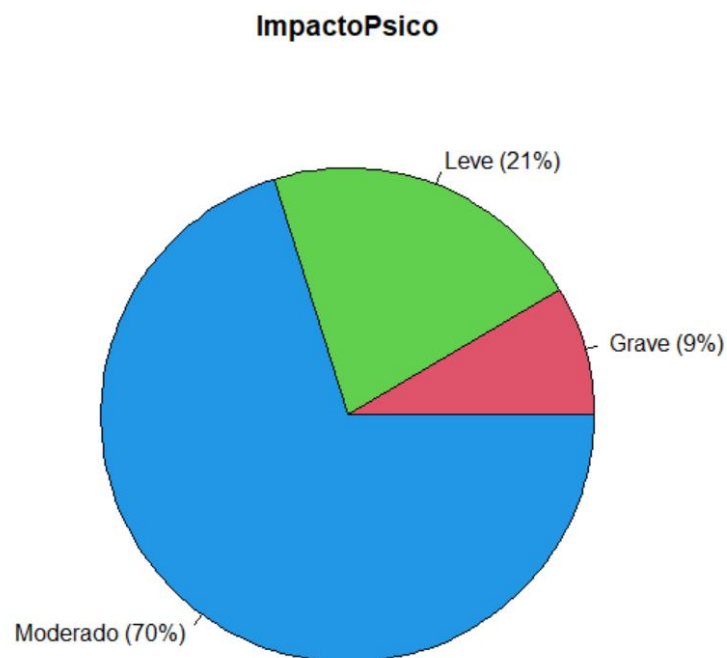
	Sí		No	
	n	%	n	%
Prepandemia	1	2,13%	46	97,3%
Postpandemia	3	6,4%	44	93,6

Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, la Figura 14 nos informa sobre el impacto psicológico que sufrieron los trabajadores participantes durante la pandemia. Encontramos que el 79,2% de la muestra refiere un impacto moderado, el 21% un impacto leve y el 9% etiqueta el impacto como grave.

Figura 14

Clasificación del impacto psicológico que ha tenido la pandemia en la muestra



Fuente: Elaboración propia.

6. DISCUSIÓN

El objetivo de este Trabajo de Fin de Grado ha sido conocer la situación del bienestar laboral del personal sanitario durante los meses de pandemia a raíz del virus por COVID-19. Para ello se ha realizado una recogida de datos mediante un cuestionario en el que se ha conseguido información de trabajadores con distintas categorías profesionales, que arroja información importante sobre el tema que se quiere tratar.

La muestra estuvo formada por 47 participantes, de los cuales el 82,98% son mujeres, de las cuales, el 61,7% son enfermeras, lo que demuestra la feminización de esta categoría profesional. Esta información posee una explicación y, según Arroyo et al. (2011), se relaciona con que la representación femenina en el mundo laboral se suele orientar a las ocupaciones que se relacionan con tareas de cuidado, e históricamente, siempre han sido trabajos que han desempeñado las mujeres.

En relación con la edad, predominan los trabajadores menores de 30 años (72,34%). Esto puede deberse a la técnica de muestreo utilizada, en tanto que los contactos para conseguir participantes eran de una edad próxima a la de la autora de este trabajo. En relación con el impacto psicológico, se ha observado que el impacto más grave se ha producido en la muestra de trabajadores menores de 30 años, mientras que el impacto moderado ha sido predominante entre los participantes menores de 24 años y los de 39 años en adelante.

Una información bastante interesante es la que podemos extraer cuando analizamos la relación que puede existir entre el género de la muestra encuestada y si, en el momento de la pandemia, tuvieron que delegar el cuidado de sus hijos a otros familiares. Del total de respuestas que hubo a esta pregunta, solamente el 23,1% de las personas tuvo que delegar el cuidado de sus hijos a un tercero, que fue otro familiar y, la totalidad de estas respuestas, fueron dadas por mujeres. En relación con esto, también resulta interesante conocer la información sobre la relación que existe entre el género de la muestra y si han tenido que solicitar un cambio de turno en su puesto de trabajo para el cuidado de sus hijos. En este caso, solamente el 7,7% de los hombres contestaron a esta pregunta y ninguno de ellos tuvo que solicitar un cambio de turno por el cuidado de sus hijos. En el caso de las mujeres ocurre lo contrario: el 15,4% de las mujeres trabajadores tuvieron que solicitar un cambio de turno por el cuidado de sus hijos.

A modo de resumen de los dos párrafos anteriores, podemos concluir que las profesionales sanitarias han sido mayoritariamente las que han tenido que modificar sus condiciones laborales (i.e., solicitar un cambio de turno), para poder cuidar de sus hijos, mientras que los hombres no lo hacen de forma tan habitual. No obstante, hay que tener en cuenta al interpretar estos datos que el porcentaje de participantes femeninas es casi cinco veces superior al de los hombres, lo cual puede estar influyendo en los resultados.

A consecuencia de la pandemia por COVID-19, se estableció en el Real Decreto Ley 8/2020, de 17 de marzo, de medidas urgentes extraordinarias para hacer frente al impacto económico y social del Coronavirus el conocido como "*Plan MECUIDA*". Este plan estuvo destinado a facilitar a todas las personas trabajadoras la adaptación o reducción de jornada cuando éstas necesitaban proporcionar cuidados personales y directos como consecuencia directa del COVID y cuando se produjo el cierre de los centros educativos. Además, se estableció que, para poder pedir esta reducción o cambio de jornada, debía de ser por razones justificadas por parte de la persona trabajadora, teniendo en cuenta las necesidades de la empresa.

Hay que mencionar igualmente que todas las mujeres que no solicitaron un cambio de turno por el cuidado de sus hijos delegaron el cuidado de estos a un familiar.

En relación con la tipología de contrato más frecuente entre la muestra, éste ha sido el contrato de duración determinada (42,6%). Junto a estos datos podemos mencionar el trabajo de García Gargallo (2021) que confirma el aumento de la temporalidad que afecta al mercado laboral español en general y al sistema sanitario de forma específica.

Con anterioridad a la pandemia se realizó el VI muestreo de la “Encuesta sobre la Situación Profesional Médica en España”² donde, a nivel nacional, se plantean las condiciones laborales de los trabajadores sanitarios y ya se observaban los problemas de la temporalidad para entonces, siendo “(...) vuelven a poner en manifiesto la inestabilidad y temporalidad laboral que sufren los profesionales médicos españoles, con un 36,5% de contratos temporales (...)” y “(...) el 55,4% de los médicos temporales llevan más de 6 años sin conseguir una plaza mediante concurso de oposición”.

Este problema se ha puesto aún más en relieve como consecuencia de la pandemia por COVID. Desagregando estos datos por edad, nos encontramos con que los contratos más recurrentes en menores de 30 años son el contrato de duración determinada (36,2%), seguido del contrato formativo (27,7%). Se puede comprobar aquí la relación que existe entre los jóvenes y la recurrencia de que su contratación suela ser meramente temporal. En el caso de la población mayor de 50 años, la totalidad de estos trabajadores poseen un contrato de tipo indefinido, lo que puede ser como consecuencia de la experiencia y antigüedad dentro del sector.

Si analizamos los datos recabados sobre el cambio de contrato al llamado “contrato COVID” que tuvieron los participantes y su edad nos encontramos con un dato interesante. Mientras que las personas mayores de 50 años no sufrieron este cambio de contrato, casi 4 de cada 10 trabajadores menores de 30 años sí lo sufrieron (38,3%). Con relación a la tipología contractual, el contrato de duración determinada fue el tipo que más sufrió este cambio (27,7%), seguido del contrato formativo (12,8%).

En relación con el reconocimiento que el personal sanitario siente por parte de las instituciones nos encontramos con que, los que menos reconocimiento sienten son los que poseen un contrato de duración determinada (40,4%), y los que sí sienten este reconocimiento son los que poseen contratos indefinidos y formativos. Desagregando estos datos por edad, nos encontramos con que los que menos reconocimiento sienten por parte de las instituciones fueron los participantes menores de 30 años (66%). Esto se podría relacionar con lo mencionado anteriormente, puesto que la temporalidad de los contratos que poseen esta parte de los participantes, sumado a que fueron los que más sufrieron los cambios de contrato a tipo “COVID”, puede ser consecuencia a este sentimiento de ingratitud por parte de las instituciones públicas.

Si nos centramos en la relación entre el reconocimiento que sienten por la institución y el tipo de trabajo que desempeñan, nos encontramos con que los que menos reconocimiento sintieron fueron los profesionales de enfermería (53,2%), seguido de los profesionales médicos (21,3%).

Finalmente, analizando la relación entre el reconocimiento con el número de años que llevan en el puesto en el que estaban en el momento de la realización del cuestionario, la parte que se ha sentido menos reconocida por parte de las instituciones son las que llevan entre 1 y 5 años (63,8%).

Los datos recabados han permitido comprobar la relación existente entre el tamaño de los hospitales en los que desempeñaron sus funciones y el reconocimiento que han sentido los trabajadores. En los hospitales de carácter primario, que son los que tienen menos de 200 camas, el 11,1% de la muestra no se ha sentido reconocido por parte de las instituciones. En el caso de los hospitales terciarios, que son los de más de 500 camas, el 63,9% no se sintió reconocido por parte de las instituciones. Según esto, podemos afirmar que cuanto mayor es el tamaño del hospital, menor es el reconocimiento experimentado por los profesionales sanitarios encuestados.

La relación se puede encontrar también entre el tamaño de los hospitales y la calificación que los trabajadores dan al impacto psicológico que sufrieron. El ámbito en el que el impacto psicológico ha sido

² Organización Médica Colegial de España (2020, 22 de junio). *6º Muestreo: “Encuesta sobre la Situación de la Profesión Médica en España”*.

mayoritariamente grave es en el ámbito terciario (8,3%). En el caso de los trabajadores que mayoritariamente piensan que este impacto psicológico es moderado, se encuentran también en el ámbito terciario (52,8%).

Hablando del lugar, dentro del hospital, en el que desempeñaban el trabajo, también aparece esta relación con el reconocimiento que sentían los trabajadores. Los únicos lugares en los que los trabajadores se sentían reconocidos por las instituciones son los que realizaban labores en planta, quirófano y urgencias (2,8% cada uno). Los lugares en los que menos reconocidos se han sentido los trabajadores de los hospitales por parte de las instituciones son los pertenecientes a la planta, urgencias y los trabajadores de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), con el 41,7% para los trabajadores de planta y el 16,7% para los otros dos lugares.

También podemos comprobar la relación que existe entre el impacto psicológico y el lugar en el que trabajan. La parte de esta muestra que califica el impacto como grave son los trabajadores situados en planta y en urgencias (8,3% y 2,8% respectivamente). Esto se puede explicar porque son los lugares en los que más presión de atención de pacientes había y fueron los primeros lugares en los que se notaron los aumentos de casos. La presión moderada fue la más notoria entre los trabajadores de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), con un 11,1%.

Analizando la información recogida sobre los sentimientos de los trabajadores que realizaron el cuestionario, y desagregando los datos por edad, nos encontramos con que, en los menores de 30 años, la mayor parte se ha sentido un poco agotada emocionalmente por el trabajo que han tenido que desempeñar durante la pandemia (47%), un poco preocupados y angustiados por un posible repunte de casos (32%) y tensos o nerviosos (47%), aunque no se han sentido incapaces de poder disfrutar como lo hacían antes (68%).

En el caso de la parte de la población que se sitúa entre los 30 y los 50 años, se comprueba una cierta similitud con los datos analizados del párrafo anterior, por lo que la mayor parte se han sentido un poco agotados emocionalmente por el trabajo (83%), un poco preocupados y angustiados por un posible repunte y, además, tensos y nerviosos (50% y 67%, respectivamente) y nada incapaces de poder disfrutar como lo hacían antes (50%).

La población de entre 50 y 60 años no ha tenido ninguna sensación muy intensa de las mencionadas anteriormente. En el caso de las personas mayores de 60 años llama la atención la percepción de sentirse muy agotados emocionalmente por el trabajo desempeñado (33%). Esto se puede relacionar con la edad que tienen, sumado a la alta demanda de trabajo a la que se sometieron durante la pandemia.

7. CONCLUSIONES

La preocupación por el bienestar psicológico de las personas trabajadoras se ha incrementado en los últimos años. En el sector sanitario, esta preocupación se ha incrementado especialmente a raíz de la pandemia por COVID-19, en tanto que fueron el sector profesional más afectado.

Tras la realización de este trabajo se ha comprobado la afección que ha habido en el bienestar psicológico del personal sanitario a consecuencia de esta pandemia. Durante esos meses tan complicados se conoció la situación que vivían estos trabajadores que estuvieron en primera fila durante todo este tiempo y ha aumentado la conciencia sobre la necesidad de cuidar de las personas que nos cuidan.

Se ha podido comprobar que, la pandemia por COVID-19, contribuyó a visibilizar los problemas que sufren estos trabajadores en su día a día, siendo uno de los más graves las condiciones laborales que poseen estos profesionales.

Esta pandemia ha ayudado a sacar a la luz los problemas que tenía este sector, imprescindible para el correcto funcionamiento de una sociedad de bienestar, a consecuencia de los recortes que han ido sufriendo a lo largo de los años. Como menciona el artículo escrito por Coll Benejam, Palacio Lapuente, Añel Rodríguez, Gens Barbera, Jurado Balbuena y Perelló Bratescu (2021), uno de los problemas recurrentes que está deteriorando los servicios de salud son los recurrentes recortes de plantilla que se han ido experimentando a lo largo de todo el país.

Estas reducciones de plantilla llevan de la mano dos consecuencias: una de ellas, la lenta atención de los profesionales a los ciudadanos que, sumado a la aparición de una pandemia en la que la atención sanitaria se desbordó, conllevó a unas largas listas de espera e, incluso, cancelación de intervenciones o tratamientos a ciudadanos. La segunda viene de la mano de esta primera, y es el alto volumen de trabajo que tuvieron que sobrellevar los trabajadores sanitarios. Siguiendo con el artículo mencionado anteriormente³, nos encontramos con que estas consecuencias tienen una incidencia sobre los trabajadores sanitarios, con una sobrecarga y estrés que “producen agotamiento a corto plazo (...), al que se añaden posteriormente problemas de salud mental como estrés post-traumático, depresión, ansiedad y disminución por fatiga de la empatía”. Además de afectar directamente a la salud de la sociedad, ya que afecta a la calidad de la atención que estos profesionales dan, convirtiéndola en un proceso lento.

Como conclusiones, cabe mencionar la necesidad de establecer una plena regularización de las condiciones laborales de estos trabajadores y eliminar la temporalidad en los contratos para que estos profesionales puedan tener una estabilidad laboral. Para poder lograr esto es necesaria una intervención estatal de forma urgente para que, en el caso que se produzca otra pandemia de este estilo o un repunte mayor, no se tengan que vivir las mismas situaciones que se vivieron en marzo de 2020.

Finalmente, cabe reclamar un mayor cuidado del bienestar psicológico de todos los profesionales sanitarios, independientemente del ámbito en el que estén trabajando, mediante medidas de prevención de estos riesgos para que así, los cuidados que prevean sean de mayor calidad y que estas consecuencias las sufran también la sociedad en general.

³ Coll Benejam, Palacio Lapuente, Añel Rodríguez, Gens Barbera, Jurado Balbuena y Perelló Bratescu (2021)

8. REFERENCIAS

Arocena, F., Ceballos J.C., Rezola, J.M. (2006) Propuesta de un modelo para evaluar el bienestar laboral como componente de la salud mental. *Psicología y Salud*, enero-junio, vol.16 (número 001), pp. 87-92 <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/796>

Arroyo Rodríguez, A., Lancharro Taverro, I., Romero Serrano, R., & Morillo Martín, M^a S. (2011). La Enfermería como rol de género. *Index de Enfermería*, 20(4), 248-251. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000300008>

Castañeda Herrera, Y., Betancur, J., Salazar Jiménez, N. L., & Mora Martínez, A. (2017). Bienestar laboral y salud mental en las organizaciones. *Revista Electrónica Psyconex*, 9(14), 1–13. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/328547>

Chiavenato, I. (2004). *Gestión del Talento Humano*, (5ta. Edición). Bogotá, Colombia. Editorial: McGraw-Hill.

Coll Benejam, T., Palacio Lapuente, J., Añel Rodríguez, R., Gens Barbera, M., Jurado Balbuena, J. J., & Perelló Bratescu, A. (2021). *Organización de la Atención Primaria en tiempos de pandemia [Primary care organization in pandemic times]*. (Suppl 1). <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102209>

Celis, J., Bustamante Araujo, M., Cabrera, D., Cabrera, M., Alarcón, W., & Monge, E. (2001). Ansiedad y Estrés Académico en Estudiantes de Medicina Humana del Primer y Sexto Año. *Anales De La Facultad De Medicina*, 62(1), 25–30. <https://doi.org/10.15381/anales.v62i1.4143>

De la Cruz, S. (2019). *Estrés laboral, burnout, satisfacción, afrontamiento y salud general en personal sanitario de urgencias*. Tesis doctoral. Universidad de Córdoba.

Freudenberger, H.J. (1974). *Staff Burn-Out*. *Journal of Social Issues*, 30: 159-165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

García Gargallo, E. (2021). *El abuso de la temporalidad en la contratación laboral de duración determinada en el sector público español: análisis de la casuística del sector sanitario*. Universitat Pompeu Fabra, Grado en Derecho. Barcelona.

García-Moran, M. de C., & Gil-Lacruz, M. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Persona*, (019), 11-30. <https://doi.org/10.26439/persona2016.n019.968>

González Gancedo, J. (2020). *Satisfacción laboral, bienestar en el trabajo y salud en enfermeras de la sanidad pública española*. Tesis doctoral. Universidad de Córdoba.

Kinicki, A., Kreitner, R., (2003). *Comportamiento organizacional: concepto, problemas y prácticas*. México D.F., McGraw-Hill Interamericana de España.

Martínez Mier, G. (2006). Ciencia e inventiva del cirujano: Habilidad quirúrgica y literaria. *Mediagraphic*. Vol.28 (Nº.4). 1-3.

NIOSH. (1999). *El estrés en el trabajo*. (Nº.99-101). Enero 2021. https://www.cdc.gov/spanish/NIOSH/docs/99-101_sp/

OMS. (2004). *La organización del trabajo y el estrés: estrategias sistemáticas de solución de problemas para empleadores, personal directivo y representantes sindicales*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42756>

OMS. (2010). *Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS. Contextualización, práctica y literatura de apoyo*, 6(6), 53-56.

Organización Médica Colegial de España (2020, 22 de junio). *6º Muestreo: "Encuesta sobre la Situación de la Profesión Médica en España"*. <https://www.cgcom.es/notas-de-prensa/6o-muestreo-encuesta-sobre-la-situacion-de-la-profesion-medica-en-espana>

Ortega Ruiz, C., López Ríos, F. (2004) El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectiva. *International journal of clinical and health psychology*. (Vol.4, Nº.1). Págs. 137-160 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=795272>

Portero de la Cruz, S. (2019) *Estrés laboral, burnout, satisfacción, afrontamiento y salud general del personal sanitario de urgencias*. Tesis doctoral. Universidad de Córdoba. <https://helvia.uco.es/xmlui/handle/10396/18579>

Roca, X. (3 de septiembre de 2019). *Eudaimonia; plenitud profesional*. Xaviroca.com <https://xaviroca.com/eudaimonia-plenitud>

Sánchez Medina, Q. (2019). *La satisfacción laboral y su relación con el clima organizacional*. Facultad de Derecho, Universidad de la Laguna.

9. ANEXO

Anexo 1.- Cuestionario de evaluación cumplimentado por los participantes en la plataforma Google

Docs.

El impacto de la epidemia COVID-19 en el personal sanitario


El siguiente cuestionario forma parte del Trabajo de Fin de Grado (TFG) realizado por la alumna Nerea Caballero Serrano, estudiante del Grado en Relaciones Laborales y Recursos Humanos de la Universidad de Zaragoza.

El objetivo de este trabajo es conocer la situación del bienestar laboral en el personal sanitario durante la pandemia por COVID-19.

Si usted es trabajador/a del ámbito sanitario (público y/o privado), solicitamos su participación en el estudio. Rellenar el cuestionario no le llevará más de 10 minutos. Por favor, no deje ningún ítem sin responder, ya que eso invalidaría el cuestionario. La información que nos aporte será tratada de forma general junto a la de otros participantes, garantizando el anonimato y utilizándose exclusivamente con fines académicos.

Para poder participar, es necesario que usted dé su consentimiento en la primera pregunta.

¡Muchas gracias por su tiempo!

nereeus@gmail.com [Cambiar de cuenta](#) 

***Obligatorio**

Correo *

Tu dirección de correo electrónico

1. Otorgo mi consentimiento a participar en este estudio *

Sí

No

2. Edad (años) *

Tu respuesta

3. Sexo *

- Hombre
- Mujer
- Prefiero no indicarlo

4. ¿Qué trabajo desempeña en el momento actual? *

- Médico/a
- Enfermero/a
- Celador/a
- Administrativo/a
- Limpiador/a
- Personal de laboratorio
- Paramédico/a
- Radiólogo/a
- Otro: _____

5. ¿Cuántos años lleva ocupando su puesto actual? *

- Menos de 1 año
- Entre 1 y 5 años
- Entre 5 y 10 años
- Más de 10 años

6. ¿En qué tipo de centro sanitario desempeña su trabajo? *

- Centro de salud
- Hospital
- Otro: _____

Si la respuesta a la pregunta 6 es la opción "hospital", ¿qué nivel de complejidad tiene?

- Primario (menos de 200 camas)
- Secundario (entre 200 y 500 camas)
- Terciario (más de 500 camas)

Si la respuesta a la pregunta 6 es la opción "hospital", ¿en qué ámbito trabaja?

- Urgencias
- Planta
- UCI
- Otro: _____

7. ¿Qué tipo de pacientes ha atendido durante la pandemia? *

- Adultos
- Pediátricos
- Otro: _____

8. ¿Ha cambiado el número de convivientes en su domicilio durante la pandemia por miedo al contagio a sus familiares? *

- Nos mantuvimos los mismos convivientes
- Sí, me separé de la unidad familiar
- Sí, algún conviviente se separó del domicilio familiar

9. En caso de tener hijos, ¿ha tenido que recurrir a alguien para su cuidado durante la pandemia?

- No
- Sí, los ha cuidado otro familiar
- Sí, los ha cuidado una persona contratada

10. En caso de tener hijos, ¿ha tenido que solicitar un cambio de turno para su cuidado?

- Sí
- No

11. ¿Qué tipo de contrato tenía con anterioridad a la pandemia por COVID-19? *

- Contrato indefinido
- Contrato de duración determinada
- Contrato formativo

12. ¿Su contrato ha sufrido algún cambio durante la pandemia? *

- Sí, se convirtió en contrato COVID
 - No
-

13. Durante la pandemia por COVID-19, considera que ha estado preocupado/a *
por:

	Poco	Nada	Mucho
La percepción de que el hospital/centro de salud estaba desbordado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El sentimiento de impotencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La falta de preparación profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contagiarse uno mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contagiar a tus convivientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El contagio de tus compañeros de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El estado emocional de tus compañeros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La incapacidad para desconectar fuera del trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La sobreinformación de los medios audiovisuales (televisión, teléfono móvil, radio, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La sensación de incertidumbre al pensar en el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El sentimiento de incapacidad para volver a la normalidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Durante la pandemia por COVID-19, ¿ha tenido alguno de estos síntomas? *

	Sí	No
Sensación de fatiga, cansancio físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taquicardia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad, nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tristeza, miedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal humor, hipersensibilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para conciliar el sueño, despertarse frecuentemente o pesadillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor abdominal, pérdida de apetito o apetito excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. ¿Considera que ha aumentado su consumo de alcohol tras la pandemia por COVID-19? *

Sí

No

16. En caso de ser fumador/a, ¿ha fumado más de lo habitual o ha vuelto a fumar?

Sí

No

17. ¿Solía utilizar fármacos para dormir de forma habitual? *

Sí

No

18. Durante la pandemia, ¿ha utilizado algún tipo de medicación para dormir?

- Sí
- No

19. ¿Solía utilizar fármacos para la depresión o la ansiedad de forma habitual?

- Sí
- No

20. Durante la pandemia, ¿ha utilizado algún tipo de fármaco para la depresión o la ansiedad? *

- Sí
- No

21. ¿Cómo se siente ahora? *

	Nada	Un poco	Algo	Mucho
Emocionalmente agotado por su trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenso o nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapaz de disfrutar como lo hacía antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocupado, angustiado por un posible repunte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. ¿Cómo clasificaría el impacto psicológico que ha sufrido debido a la pandemia?

- Leve
- Moderado
- Grave

23. ¿Se siente reconocido por la institución?

- Sí
- No

Ha finalizado el cuestionario. Por favor, compruebe que no ha dejado respuestas en blanco. Si desea realizarnos algún comentario u observación, puede utilizar el siguiente espacio:

Tu respuesta
