

El trabajo de enfermería en la provincia de Madrid durante el confinamiento por la Covid-19: contexto y experiencias*

Teresa Peiró Salvador¹, María Vera Perea², Laura Lorente Prieto³

¹ Doctora en Biomedicina y Farmacia. Departamento de Enfermería, Universidad de València.

² Doctora en Psicología del Trabajo y las Organizaciones. Departamento de Educación y Psicología Social, Universidad Pablo de Olavide.

³ Doctora en Psicología. Departamento de Psicología Social, Universidad de València.

Fecha de recepción: 27/11/2020. Fecha de aceptación: 07/02/2021. Fecha de publicación: 30/04/2021.

Cómo citar este artículo: Peiró Salvador, T., y otros, El trabajo de enfermería en la provincia de Madrid durante el confinamiento por la Covid-19: contexto y experiencias. *Conocimiento Enfermero* 12 (2021): 70-82.

RESUMEN

La Covid-19 ha desencadenado una crisis de salud con múltiples repercusiones para la economía y la sociedad. El sistema sanitario se ha visto desbordado y ha presentado fuertes demandas para sus profesionales. El presente estudio tiene como objetivo analizar las experiencias de estrés del personal de enfermería de la provincia de Madrid durante el periodo de confinamiento en España. Para ello se analizan las fuentes de estrés percibidas, los recursos personales y sociales, las estrategias de afrontamiento, así como su desempeño y salud mental. Se trata de un estudio transversal de encuesta en el que se han utilizado medidas validadas, obteniendo datos de una muestra de 124 enfermeros/as de Madrid y 314 del resto de España. Las fuentes de estrés más fuertes han sido el miedo al contagio y la carga emocional por sufrimiento y muerte de los pacientes. Además, los/as enfermeros/as constatan niveles importantes de apoyo emocional y presentan buenos niveles de resiliencia. Entre las estrategias de afrontamiento, predomina el ‘centrado en el problema’, aunque también se dan niveles altos de apoyo emocional y aceptación. En los indicadores de salud mental, el personal encuestado muestra niveles más altos de tensión y ansiedad que de estados depresivos. Además, el desempeño y compañerismo presentan niveles positivos elevados. Las correlaciones indican una relación positiva entre los niveles de estrés y los problemas de salud mental. Por otra parte, el rendimiento y compañerismo presenta una relación negativa con esos indicadores de salud mental. Por último, el afrontamiento presenta una relación positiva con los recursos (autoeficacia y resiliencia) y en el caso de la aceptación tiene relación significativa con el rendimiento y con la salud mental. Finalmente se han comparado estos resultados del personal de enfermería de Madrid con los obtenidos por la muestra general española sin encontrarse apenas diferencias significativas.

Palabras clave: pandemia; Covid-19; estrés; afrontamiento; salud mental; desempeño; enfermería.

Nursing work in the province of Madrid during lockdown due to Covid-19: context and experiences

ABSTRACT

Covid-19 has triggered a health crisis with multiple social and economic consequences. The health system has been overflowed and has subjected health professionals to high demands. This study aims to analyze the stress experiences of nurses from the province of Madrid during the lock-down period in Spain. The stress appraisal, personal and social resources, the coping strategies, as well as the performance and mental health are analyzed. This is a transversal survey study using validated measures, with data from a sample of 124 nurses from Madrid and 314 from other parts of Spain. The strongest appraised stressors have been fear of contagion and emotional burden due to patient suffering and death. Moreover, the nurses report important levels of emotional support and show good levels of resilience. Concerning coping strategies, ‘problem focused’ predominates, although there are also high levels of emotional support and

* Las autoras agradecen la colaboración del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid en la diseminación de la invitación a participar en el estudio. Para la muestra del resto de España se ha contado con la colaboración del Colegio Oficial de Enfermeros de Castellón, al que también agradecen su colaboración.

acceptance. Regarding mental health indicators, the surveyed nurses show higher levels of tension and anxiety than those of depressive state. Moreover, they report high levels of performance and citizenship behavior with their workmates. The correlation indexes show a positive relation between the levels of stress and mental health problems. Moreover, performance and citizenship behavior with workmates show a negative relation with the mental health indicators. Lastly, coping strategies present a positive relation with personal resources (self-efficacy and resilience) but just in the case of acceptance presents a significant relation with performance and mental health. Lastly, the comparison of these results from the nurses of Madrid with the sample from other parts of Spain shows few significant differences.

Keywords: pandemic; Covid-19; stress; coping; mental health; performance; nursing.

Este artículo está disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/148>

1. Introducción y planteamiento del estudio

La pandemia producida por la Covid-19 ha sido caracterizada como la crisis de salud más importante desde la Segunda Guerra Mundial y está teniendo un alcance global. En diciembre de 2019 se originó en Wuhan (Hubei, China) y desde entonces se ha ido expandiendo por todo el mundo requiriendo medidas de confinamiento en muchos países del mundo. Su impacto ha sido muy grave en el ámbito de la salud, pero también está teniendo consecuencias muy problemáticas en la economía y en otros ámbitos de la sociedad.

En nuestro país, el gobierno decretó el estado de alarma y el confinamiento general el 14 de marzo y se mantuvo hasta el 21 de junio. Durante esos meses, concretamente desde mediados de marzo a mediados de mayo, el sistema de salud se vio saturado siendo necesario en varias comunidades autónomas, habilitar hospitales para poder atender toda la demanda. Las cifras de contagiados y de muertos han alcanzado niveles muy elevados, y ello ha sobrecargado todavía más el trabajo en el sistema de salud.

Por otra parte, el desconocimiento del virus, la existencia de portadores asintomáticos, la inexistencia de un tratamiento efectivo (especialmente en los primeros meses) ni de la vacuna para prevenirlo, han supuesto una fuente importante de preocupación y estrés para los profesionales sanitarios, los responsables del sistema sanitario y la población en general.

A esto cabe sumar la falta de equipos de protección individual y la insuficiencia de equipos y unidades adecuadas para el tratamiento de los enfermos graves. El miedo al contagio personal, y a la posibilidad de contagiar a otros, en especial a la propia familia, en caso de ser portador positivo del virus, han sido también aspectos que han contri-

buido a agravar la situación del personal sanitario. Cabe mencionar también la dificultad de lidiar con pacientes aislados, la exposición a su continuo sufrimiento, a la incertidumbre y angustia de los familiares de los pacientes y al gran número de fallecimientos a los que se enfrentaban en su día a día.

En cuanto a los aspectos organizativos, los hospitales y otros centros de salud han tenido que hacer frente a la situación reorganizando su sistema de trabajo, reasignando personal de unos servicios a otros, y tratando de priorizar las actuaciones en función de la gravedad y otros condicionantes de la situación.

En este contexto, el papel y el trabajo del personal de enfermería ha sido esencial y crítico. Los/as enfermeros/as son los profesionales que mantienen el contacto más frecuente y directo con los pacientes y a menudo también con sus familiares y realizan una labor de cura, cuidados y acompañamiento, que es central para los pacientes. Este trabajo se ha llevado a cabo con alto riesgo para la propia salud y con frecuencia en condiciones de escasez de recursos, saturación de pacientes y, sobrecarga de trabajo. De hecho, la sociedad de forma prácticamente unánime, ha reconocido día tras día, durante el periodo de confinamiento, su labor y la de todo el personal del sistema de salud.

1.1. Principales cuestiones investigadas

A continuación, se presenta la conceptualización y relevancia de los constructos analizados en el presente estudio.

- **Las experiencias de estrés:**

Lazarus y Folkman [1] definen el estrés como la interacción entre las demandas y presiones amenazantes que recibe la persona de su entorno y su apreciación de que si no puede controlarlas van a

suponer un daño para su bienestar o salud. En la apreciación primaria la persona percibe una situación como amenazante y en la secundaria hace una estimación de sus posibilidades de controlarla actuando de la forma que entiende más adecuada. En caso de que esa estimación no sea muy positiva la persona experimenta emociones problemáticas y por lo general negativas que le producen malestar, y su persistencia o reiteración por no controlar la situación puede afectar a su salud. Así, pues el estrés se produce cuando la persona valora lo que sucede y recibe demandas que debe controlar, al tiempo que percibe que no cuenta con los recursos necesarios para afrontar tal situación lo cual pone en peligro su bienestar personal o su salud. En el presente estudio, hemos considerado analizar las siguientes fuentes de presión o estrés:

Carga de trabajo y personal insuficiente: En este tipo de situaciones, en especial cuando se han producido de forma inesperada y con la generalidad y rapidez con que tienen lugar, se producen unos cambios en el sistema sanitario derivados de la fuerte demanda y la saturación del sistema. Ello tiene claras repercusiones sobre el trabajo de los profesionales de la salud, y en concreto de los y las enfermeros/as, que se manifiesta en una falta de personal para atender a las necesidades urgentes requeridas por la población y en la consiguiente sobrecarga de trabajo.

Preparación insuficiente ante nuevas demandas. La situación producida por la presente pandemia se ha caracterizado por el desconocimiento del virus desencadenante: sus principales características, sus manifestaciones y síntomas, su forma de difusión y contagio, y por ello también la forma de evitar su contagio, tratarlo, cuidar y sanar a los/as enfermos/as y prevenirlo. Aunque se han realizado avances en todos esos frentes, toda esa falta de información y de conocimiento científico, epidemiológico y clínico han supuesto estrés para muchos/as profesionales por la apreciación de falta de preparación o conocimientos suficientes para afrontar las demandas con la preparación adecuada y eficaz.

Miedo al contagio. La elevada frecuencia de contagios y la fuerte incidencia de la Covid-19 ha requerido del personal de enfermería un contacto habitual con pacientes infectados y ello, añadido a la vivencia general de la población del riesgo al contagio, ha supuesto una vivencia de estrés deri-

vado de ese riesgo de contagio como también de preocupación por contagiar a otros, entre ellos a los familiares y personas allegadas.

Carga emocional por sufrimiento y fallecimiento de pacientes. Esta fuente de estrés de carácter predominantemente emocional y afectivo es habitual en muchos trabajos de enfermería, sin embargo, durante el tiempo de alarma por la pandemia de la Covid-19 esas experiencias han sido especialmente frecuentes e inquietantes, siendo además amplificadas por las vivencias emocionales colectivas, las circunstancias que las rodeaban y el clima creado por los medios de comunicación social.

- **Los recursos personales (autoeficacia y resiliencia) y sociales (apoyo de compañeros):**

En el estudio del estrés laboral, los recursos son un complemento fundamental de las demandas estresantes [2]. Los recursos juegan un papel fundamental a la hora de determinar la intensidad y gravedad de la experiencia del estrés y también si este tiene predominantemente un carácter negativo de amenaza y daño o si más bien puede ser apreciado como una oportunidad (lo que se conoce como estrés positivo, “eu-stress”). Hay dos recursos personales que tienen especial interés en esta situación: las creencias de autoeficacia de las personas y su resiliencia personal. Además, hemos considerado un recurso social que es fundamental en el trabajo como el apoyo social de los compañeros.

La autoeficacia personal en el trabajo. Según Bandura [3], la autoeficacia percibida se refiere a las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos que producirán determinados logros o resultados. La principal fuente de la autoeficacia es el logro de ejecución, el cual depende de la ejecución de la tarea tanto real como percibida [4].

La resiliencia personal es la capacidad que tiene una persona para superar circunstancias estresantes y traumáticas, adaptándose positivamente a las situaciones adversas e incluso saliendo fortalecido de ellas, al experimentar crecimiento y adaptación y no solo recuperación [5].

El apoyo social de los/as compañeros/as es un recurso de especial importancia para las personas en su trabajo. Ese apoyo que los compañeros proporcionan en el contexto laboral puede ser de diferentes tipos siendo los más habituales el apoyo social instrumental, o la facilitación de algún recurso o

actividad que ayuda a la persona a atender las demandas del trabajo, el apoyo social emocional que atiende a las necesidades o demandas afectivas y emocionales de la persona, el apoyo social material y el informativo. En el contexto que vamos a estudiar todas esas facetas del apoyo social proveniente de los compañeros pueden jugar un papel importante para la reducción o amortiguación del estrés y por lo tanto para proteger el bienestar de los/as trabajadores/as [6].

• **Las estrategias y conductas para afrontar las demandas y dificultades:**

Según Lazarus y Folkman [1] las estrategias de afrontamiento son todos aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar las demandas o fuentes de estrés específicas y evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Estos mecanismos de afrontamiento, a la vez que sirven para manipular el problema en sí, son esenciales para regular las respuestas emocionales que pueden aparecer ante circunstancias estresantes. Cada persona tiene una manera determinada de afrontar el estrés, por lo que podemos encontrar distintas taxonomías de estrategias. En este estudio hemos considerado las siguientes:

Estrategias centradas en el problema están dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando malestar. Entre ellas se incluyen el afrontamiento activo que hace referencia a la realización de actuaciones para afrontar la situación estresante, el afrontamiento de planificación que hace referencia a las actuaciones dirigidas a planificar acciones para solventar la situación estresante y el afrontamiento de búsqueda de apoyo instrumental, que hace referencia a la búsqueda y obtención de información o consejo de otros para afrontar la situación estresante.

Las estrategias centradas en la emoción van dirigidas a regular la respuesta emocional ante el problema. Entre ellas distinguimos el afrontamiento positivo, que hace referencia a las acciones mentales dirigidas a reinterpretar de forma positiva la situación, el afrontamiento de aceptación que indica una aceptación cognitiva de lo que está ocurriendo con cierta resignación; y el afrontamiento de búsqueda de apoyo emocional que se refiere a las actividades llevadas a cabo para conseguir apoyo de otras personas y compañeros.

• **Los comportamientos: compañerismo y desempeño:**

El *compañerismo* se ha medido mediante la dimensión de conducta de ciudadanía organizacional orientada hacia los/as compañeros/as. Con este concepto se describen las conductas que los/as trabajadores/as en una organización realizan de forma discrecional y voluntaria para ayudar a otros y facilitar unas buenas relaciones, aunque esas conductas no estén consideradas ni recompensadas en el sistema de compensaciones formal de la organización pero que contribuyen a un buen funcionamiento de esta.

El desempeño en el trabajo se refiere a la valoración que la propia persona realiza de su rendimiento y los resultados que produce en el trabajo. En este caso, ese desempeño está considerado como el cumplimiento y realización de las tareas que se han de desempeñar según la descripción del puesto que se ocupa. Se conoce pues como el desempeño de las tareas establecidas o prescritas en el puesto o rol que se ocupa en la organización.

• **El bienestar y la salud mental de las/os enfermeras:**

Hemos considerado tres dimensiones que son indicadores relevantes para identificar y describir los estados de salud mental y de bienestar en el trabajo.

La tensión en el trabajo hace referencia a un estado persistente de activación y tensión de carácter no específico, que supone dificultades para relajarse y mantiene un estado de activación nerviosa que suele ir asociado de malhumor, irritabilidad, impaciencia e hiperreactividad.

Los estados de ansiedad hacen referencia a síntomas somáticos y subjetivos de miedo y también se refiere a estados autonómicos de activación, ansiedad situacional y experiencias subjetivas de afecto ansioso, aunque no exista amenaza de un daño futuro.

Los estados depresivos hacen referencia a situaciones de disforia, desesperanza, devaluación de la vida, la autocrítica excesiva, la falta de interés o implicación, la anhedonia y la inercia.

El estudio de todas estas características ambientales y personales y sus relaciones entre ellas, en las circunstancias excepcionales desencadenadas durante el periodo más fuerte y exacerbado del estado de alarma derivado de la pandemia de la Covid-19, van a permitir comprender mejor la situación de

los profesionales en ese contexto, los riesgos físicos y psicosociales que han tenido que afrontar y los recursos y estrategias que han utilizado con mayor o menor eficacia y éxito, así como sus valoraciones de su desempeño laboral y su compañerismo en sus lugares de trabajo.

2. Objetivos del estudio

El objetivo del presente estudio es describir y analizar las principales experiencias de estrés de una muestra de enfermeros/as en la provincia de Madrid, sus recursos personales y sociales, sus estrategias de afrontamiento, así como su desempeño y estado de bienestar y salud mental durante la situación de alarma social producida por la pandemia de Covid-19. También se comparan los resultados obtenidos para una muestra del resto de España.

3. Material y método

3.1. Participantes en el estudio

Han cumplimentado la totalidad de la encuesta 124 enfermeros/as de la provincia de Madrid. En función de la edad un 37,9% son menores de 31 años, 39,5% de los participantes se sitúan entre 31 y 45 años y un 22,6% son mayores de 45 años. El 96% son mujeres. En cuanto a los años de experiencia, un 15,4% tiene menos de cinco años de experiencia, el 48,8% entre 5 y 15 años y el 35,8% más de 15 años de experiencia. En función del tipo de contrato, un 41% tienen un contrato fijo, otro 42,6% temporal y el resto (16,4%) indican tener “otro” tipo de contrato. Finalmente, el 85,1% declara trabajar en un centro hospitalario y el resto (14,9%) en otros centros u organizaciones de salud. Es importante señalar que esta muestra es de carácter convencional y no tiene por tanto valor de representatividad referida a la población.

Con fines comparativos, los datos obtenidos de los participantes de la provincia de Madrid se van a comparar con los del resto de provincias españolas. En concreto, la muestra del resto de España está compuesta por 314 enfermeros/as. Es necesario señalar, antes que nada, que se trata también en el caso de la muestra general de una muestra de conveniencia que no tiene carácter representativo. De

hecho, predominan claramente los enfermeros/as de la Comunidad Valenciana (60,8%), seguido de Cataluña (11%). El resto (23,7%) proviene de otras 12 comunidades autónomas siendo un 4,5% los datos faltantes.

En función de la edad un 41,4% son menores de 31 años, 39,8% de los participantes se sitúan entre 31 y 45 años y un 18,8% son mayores de 45 años. El 93% son mujeres. En cuanto a los años de experiencia, un 28,9% tiene menos de cinco años de experiencia, el 41,1% entre 5 y 15 años y el 30% más de 15 años de experiencia. En función del tipo de contrato, un 33,3% tienen un contrato fijo, otro 48,2% temporal y el resto (18,5%) indican tener “otro” tipo de contrato. Finalmente, el 86,9% declara trabajar en un centro hospitalario y el resto (13,1%) en otros centros u organizaciones de salud.

3.2. Variables y cuestionarios

Las **fuentes de estrés** se han evaluado adaptando una escala específica de estresores para personal de enfermería: la *Nursing Stress Scale* [7] validada en español por Escribá, Más, Cárdenas y Pérez [8]. Para medir **carga de trabajo** se han utilizado 8 ítems (ejemplo: “*Ha faltado personal para cubrir el servicio*”). La **preparación insuficiente** se ha evaluado con 5 ítems (ejemplo: “*Me he sentido insuficientemente preparado/a para ayudar emocionalmente al paciente*”), y la **carga emocional** se ha medido con 5 ítems (ejemplo: “*Me he sentido impotente cuando un paciente no mejoraba*”). Para medir el **miedo al contagio** se ha elaborado una escala de tres ítems, no incluida en el instrumento original pero que era muy conveniente evaluar en esta situación. La escala de respuesta es la siguiente: 0. Nunca, 1. Casi nunca, 2. Algunas veces, 3. Muchas veces, 4. Casi siempre y 5. Siempre.

Las escalas utilizadas para evaluar los **recursos personales y sociales** son las siguientes: La **autoeficacia** se ha evaluado mediante una versión abreviada de la escala de autoeficacia general de Baessler y Schwarzer [9] de 5 ítems (ejemplo: “*Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente*”). La **resiliencia** se ha medido mediante la escala de Stephens, Heaphy, Carmeli, Spreitzer, y Dutton [10] con 5 ítems (ejemplo: “*Tratar con situaciones difíciles como ésta, me permite crecer*”). El **apoyo so-**

cial de los compañeros se ha medido con la subescala del cuestionario Nursing Stress Scale [7], utilizando sus dos ítems de forma inversa. Un ejemplo de ítem es “No he tenido ocasión para hablar abiertamente con otros/as compañeros/as sobre problemas del servicio”. La escala de respuesta es la siguiente: 0. Totalmente en desacuerdo, 1. Moderadamente en desacuerdo, 2. Algo en desacuerdo, 3. Algo de acuerdo, 4. Moderadamente de acuerdo, y 5. Totalmente de acuerdo.

Las **estrategias de afrontamiento** se han evaluado mediante una versión reducida de la escala COPE [11] validada al español por Morán, Landero y González [12]. La escala está formada por 12 ítems, 2 para cada una de las 6 dimensiones evaluadas. Las tres primeras dimensiones evalúan estrategias de afrontamiento focalizadas en la superación o resolución del problema: **Planificar el trabajo** (ejemplo: “he pensado mucho los pasos a seguir”), **actuaciones para resolver el problema** (ejemplo: “He tomado medidas para mejorar la situación”), **conseguir apoyo instrumental de otros** (ejemplo: “He recibido ayuda y consejos de compañeros/as de trabajo”). Las tres escalas de afrontamiento centrado en la emoción son: **Conseguir apoyo emocional de otros** (ejemplo: “He recibido consuelo y comprensión de otros”), **tratar de ver la situación en positivo** (ejemplo: “He buscado algo bueno en lo que está sucediendo”) y **aceptar la situación** (“Estoy aprendiendo a vivir con esto”). La escala de respuesta es la siguiente: 0. Nunca, 1. Casi nunca, 2. Algunas veces, 3. Muchas veces, 4. Casi siempre y 5. Siempre.

El **desempeño en el trabajo** se ha evaluado a través de dos ítems de la escala que evalúa **el desempeño de tarea o del rol** de Williams y Anderson [13], (ejemplo: “Completo adecuadamente las tareas que se me asignan”) y el **compañerismo** ha sido evaluado con dos ítems adaptados de la escala de Smith, Organ y Cerca [14] (ejemplo: “ayudo a mis compañeros con menos experiencia”). La escala de respuesta es la siguiente: 0. Totalmente en desacuerdo, 1. Moderadamente en desacuerdo, 2. Algo en desacuerdo, 3. Algo de acuerdo, 4. Moderadamente de acuerdo, y 5. Totalmente de acuerdo.

Para medir el estado de salud mental y el bienestar en el trabajo se ha utilizado la escala de Depresión, Ansiedad y Tensión (DASS-21) de Antony, Bieling, Cox, Enns, y Swinson [15], en su versión española [16]. La subescala de **tensión** se ha evaluado utilizando 7 ítems (ejemplo: “Me ha resultado

difícil relajarme”); la subescala de **ansiedad**, tiene también 7 ítems (ejemplo “Me he preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico”); y la subescala de **depresión** también de 7 ítems (ejemplo: “No he podido sentir sentimientos positivos”). La escala de respuesta es la siguiente: 0. Totalmente en desacuerdo, 1. Moderadamente en desacuerdo, 2. Algo en desacuerdo, 3. Algo de acuerdo, 4. Moderadamente de acuerdo, y 5. Totalmente de acuerdo.

Además, se ha obtenido información sobre los siguientes datos demográficos de los participantes: edad, género, años de experiencia, antigüedad en el puesto, centro de trabajo, servicio, categoría profesional, tipo de contrato y provincia.

3.3. Procedimiento de obtención de datos

Los datos se han obtenido mediante un cuestionario online utilizando LimeSurvey [17] con posibilidad de respuesta en diferentes medios electrónicos (ordenador, tablet, etc.). La propuesta del estudio ha sido aprobada por el Comité de Ética de la Universidad de Valencia (#1593679710463_7or6_1057_1281168_PDFa1) y en su desarrollo se ha respetado la Declaración de Helsinki. La presentación del cuestionario incluía la identidad institucional de los investigadores e indicaba el tiempo medio estimado de respuesta. También se ofrecía una breve explicación de los objetivos del estudio, se solicitaba el consentimiento informado y el acuerdo con la política de protección de datos y se invitaba a la participación. Se garantizaba el anonimato y confidencialidad de los datos. Los/as enfermeros/as que participaron en este estudio fueron contactados/as gracias a la divulgación del estudio por parte del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid a quien agradecemos su apoyo. La recogida de datos se realizó entre el 2 de abril y el 31 de mayo de 2020, periodo en el que estuvo vigente el estado de alarma y en el que se dieron los niveles más elevados de contagios y fallecimientos en España.

3.4. Análisis de los datos y presentación de los resultados

Los análisis estadísticos se han realizado utilizando el paquete estadístico de IBM-SPSS 26.0. Con el fin de presentar los datos de la forma más sintéti-

ca y comprensible posible, al tiempo que se respeta y presenta la riqueza informativa de la información obtenida, utilizamos unas gráficas en las que para cada variable analizada (cuya descripción aparece en la parte izquierda de la gráfica), se ofrece el porcentaje de participantes que ha ofrecido respuestas en torno a niveles positivos (en color blanco), intermedios (en color gris) y negativos (en color negro). Además, se ofrece la respuesta media de la muestra española (general), la respuesta media de los profesionales de la provincia de Madrid y la prueba t de Student que nos indica si la diferencia entre ambas medias es significativa (lo es cuando aparecen asteriscos).

En la Figura 1 presentamos un ejemplo para favorecer la comprensión de las gráficas. Según esta gráfica podemos concluir que respecto a la variable miedo al contagio, un 4,8% de la muestra de Madrid obtuvo valores positivos (bajo miedo al contagio), un 24,2% valores intermedios (bastante miedo al contagio) y un 71,0% de la muestra presentaban altos niveles de miedo al contagio.

Con el fin de contextualizar mejor los resultados, habida cuenta de que la muestra es convencional y no tiene carácter representativo, se ofrecen datos comparativos obtenidos de los participantes de la provincia de Madrid con los del resto de provincias españolas. Para ello, como se puede observar en el ejemplo, en la misma gráfica se colocan unas formas geométricas indicando el valor del porcentaje de la muestra española: un triángulo para los valores positivos y un círculo para los valores intermedios. De ese modo resulta, sencillo obtener una impresión rápida de si la muestra de Madrid presenta una mejor, similar o peor situación que la del resto de España.

En el ejemplo que presentamos resulta fácil constatar que los datos de los participantes de la provincia de Madrid en el estrés por miedo al contagio (área de color blanco) no alcanzan la señal (triángulo) que indica el límite de esa área para la muestra general. Es decir, que hay menor porcentaje de profesionales de la provincia de Madrid que están en el área blanca, es decir sin miedo al contagio, que en el resto de España. También se constata una diferencia de los profesionales de la provincia de Madrid, en comparación con los del resto de España, siendo su área de color negro mayor que la del resto de España (cuyo límite vendría indicado por el círculo).

Finalmente, en la parte derecha de la gráfica se analizan esas diferencias comparando las puntuaciones medias de esa variable (miedo al contagio) para los dos grupos: participantes de Madrid (3,12) y el resto de España (3,08). La prueba estadística (t de Student) correspondiente indica que esa diferencia no es significativa.

Confiamos que, una vez familiarizado el lector con el formato gráfico de presentación de la información, le resulte fácil y enriquecedor el análisis de los resultados que se presentan a continuación en este informe.

4. Resultados obtenidos

4.1. Las experiencias de estrés en esta situación

Los resultados obtenidos sobre las experiencias de estrés en el trabajo en los/as participantes de la provincia de Madrid muestran que la experiencia de

Figura 1. Ejemplo: miedo al contagio.

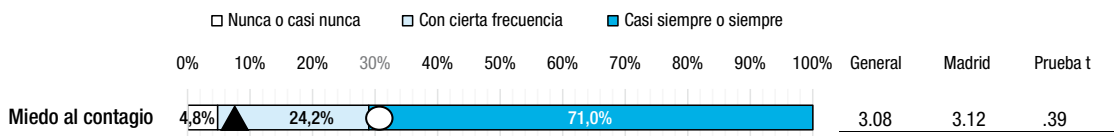


Figura 2. Experiencias de estrés en el trabajo.

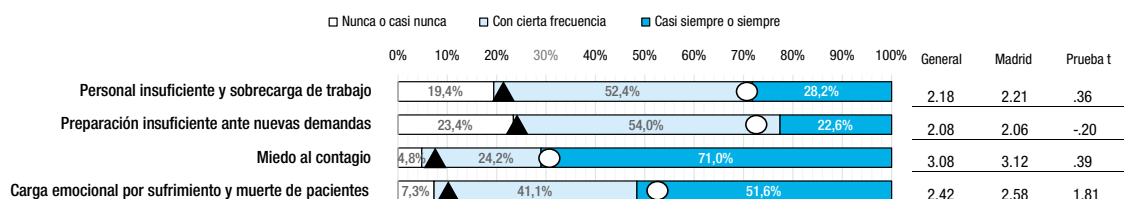
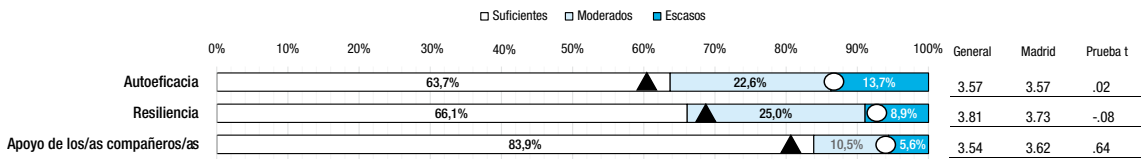


Figura 3. Recursos personales y sociales disponibles.

estrés más grave para esos/as profesionales durante el periodo estudiado ha sido sin duda la del *miedo al contagio* que alcanza unos niveles claramente negativos para 71,0% de los profesionales participantes. Le sigue otra experiencia de estrés también de carácter emocional derivado del *sufrimiento y muerte de los pacientes* que supone un estrés grave para un 51,6% de los profesionales. La *sobrecarga de trabajo* presenta una experiencia claramente negativa para casi tres de cada diez profesionales y la *preparación insuficiente en esta situación* para el 22,6%. De todos modos, un porcentaje importante en ambos casos experimentan un nivel intermedio de estrés.

La comparación de los resultados obtenidos por los profesionales de Madrid y los del resto de España no muestran diferencias significativas.

4.2. Los recursos personales (autoeficacia y resiliencia) y sociales (apoyo de compañeros)

De acuerdo con las teorías de estrés basadas en los recursos, como la teoría de Demandas y recursos del puesto y la de Conservación de recursos, estos son un elemento fundamental para controlar el estrés. La existencia de recursos puede amortiguar el daño por el exceso de demandas que no se pueden atender y su falta puede hacer más dura la situación de estrés. Además, la pérdida de recursos incrementa más el estrés que la no consecución de nuevos recursos. Así pues, a la hora de comprender como hacen frente a situaciones de fuerte demanda los profesionales de la enfermería, es importante conocer sus recursos personales y ambientales.

Es interesante señalar en primer lugar que el recurso más disponible en la muestra estudiada es el del apoyo de los compañeros, con casi un 84% de los encuestados que declaran una disponibilidad claramente positiva. También la resiliencia es valorada de forma claramente positiva por un 66,1%

de los encuestados y por último la autoeficacia es positiva para casi dos tercios de los participantes.

Las creencias de autoeficacia son un recurso importante porque aumentan las probabilidades de éxito en muchas de las actuaciones que se emprenden y en los retos que se afrontan. Como puede verse en los resultados de la figura casi dos tercios de la muestra estudiada en la provincia de Madrid tiene una valoración elevada de su autoeficacia y solo un 13,7% la tiene baja.

La resiliencia es otra característica personal que juega un papel importante en la vivencia de los problemas y dificultades en la vida. El personal de enfermería con elevada resiliencia va a soportar y actuar ante los problemas, dificultades y tribulaciones y va a actuar de forma que tiene probabilidades de salir fortalecido de ellas. Dos de cada tres participantes de la provincia de Madrid presentan buenos niveles de resiliencia ante las dificultades y problemas, y son un grupo muy pequeño los que tienen un problema importante en este aspecto. Finalmente, son el 83,9% los enfermeros/as de la Provincia de Madrid quienes dicen recibir apoyo de sus compañeros/as. El análisis comparativo con los enfermeros/as del resto de España muestra que en ninguna de estas variables hay diferencias significativas.

4.3. Las estrategias para afrontar las demandas y dificultades

Por lo general, cabe constatar que el personal de enfermería cuenta con un repertorio de estrategias de afrontamiento de amplio espectro y bien establecido. Es interesante constatar que entre un 54% y un 74,2% de los/as participantes tienen bien establecidas las diferentes estrategias de afrontamiento que hemos evaluado. En efecto, un 74,2% *planifica lo que va a hacer* ante situaciones de estrés siendo esta la estrategia de afrontamiento más frecuente. Le sigue las *actuaciones para resolver el problema* que son utilizadas por algo más de 2 de cada 3

Figura 4. Estrategias para afrontar el estrés y las dificultades.

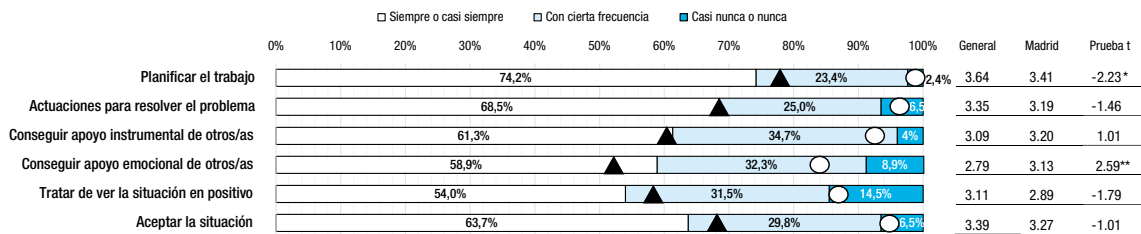
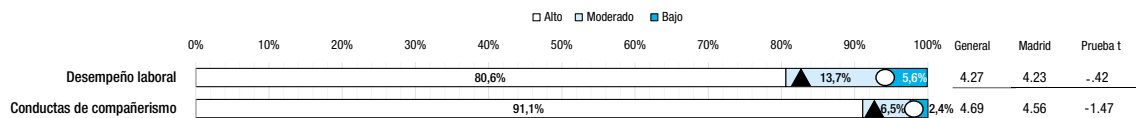


Figura 5. Comportamientos en el trabajo.



enfermeros/as encuestados/as. En tercer lugar, un 63,7% *aceptan la situación*. En cuarto lugar, son casi dos de cada tres enfermeros/as quienes declaran que tratan de *conseguir apoyo instrumental de otros/as* y un porcentaje ligeramente más bajo (58,9%) utilizan el *apoyo emocional de otros*. Por último, algo más de la mitad declara *tratar de ver la situación en positivo*, mientras que un 14,5% de la muestra no utiliza este tipo de afrontamiento.

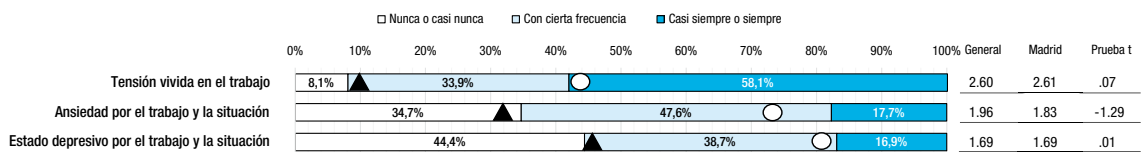
Cabe destacar que las tres estrategias presentadas primero en la tabla se centran en el afrontamiento para resolver los problemas, mientras que las tres últimas lo hacen en gestionar las propias emociones. Se puede decir pues que predomina el uso de estrategias centradas en el problema y son algo menos frecuentes las estrategias declaradas para gestionar y controlar los propios estados emocionales. Llama especialmente la atención, que siendo el apoyo de los/as compañeros/as reconocido como una condición casi “universal” declarada por casi todo el personal de enfermería (ver los resultados del apartado anterior) sin embargo, a la hora de pedirles apoyo emocional -es menor el caso cuando se pide apoyo instrumental- casi la mitad del personal se retrae de forma moderada o fuerte ese tipo de afrontamiento. Caben dos posibles explicaciones para ello. Una es que los/as propios/as enfermeros/as pueden considerar que ese tipo de apoyo pudiera poner de manifiesto su debilidad o falta de profesionalidad y de resiliencia. La segunda es que, en una situación de fuerte sobrecarga de trabajo, no se dan las mejores condiciones para solicitar ese tipo de apoyo de otros/as compañeros/as.

La comparación de los resultados obtenidos sobre las estrategias de afrontamiento muestra en dos casos diferencias significativas: *planificar el trabajo* y *conseguir apoyo emocional de otros/as*. En el primer caso, la muestra general presenta niveles más elevados de afrontamiento que Madrid mientras que en el segundo caso se invierte el signo de la comparación.

4.4. Los comportamientos: desempeño y compañerismo

Hemos evaluado dos comportamientos de los/as enfermeros/as relacionados con su desempeño. Uno hace referencia al cumplimiento de las tareas que corresponden a su puesto de trabajo, las que ha de realizar para cumplir con sus obligaciones laborales, el otro tiene que ver con el compañerismo (en la literatura científica se le caracteriza como conducta de ciudadanía organizacional relacionada con las personas). El enfermero/a no solo se preocupa de cumplir su trabajo sino de apoyar, ayudar y manifestar comportamientos de compañerismo con las personas que trabajan también en la organización sin que sean actividades que tenga la obligación de realizar. Lógicamente estas conductas contribuyen al buen clima, y con ello también a los buenos resultados de la organización.

El desempeño centrado en las tareas es autoevaluado, y alcanza valores medios muy elevados (4,23 para la muestra de Madrid y 4,27 para la muestra general) en una escala de respuesta que va de 0 a 5 puntos siendo este último valor el más elevado.

Figura 6. El bienestar y la salud mental de las/os enfermeras/os.

Cabe suponer que aquí se produce un efecto bien conocido en la literatura de “sesgo favorable” en la autoevaluación. A pesar de ello, se constatan variaciones individuales en esas evaluaciones. Por eso, junto al 80,6% que se autoevalúa en Madrid con muy buenas puntuaciones, hay un 5,6% con una evaluación negativa y un 13,7% con evaluación moderada. En la misma dirección, y con datos positivos ligeramente más elevados, se presentan las autoevaluaciones relativas al compañerismo.

Al comparar los datos obtenidos para Madrid con los del resto de España no se observan diferencias significativas. En resumen, según los/as propios/as enfermeros/as, su desempeño en general durante el periodo de alarma por la pandemia, no ha sufrido merma a pesar de las difíciles condiciones de trabajo y sus experiencias de estrés.

4.5. El bienestar y la salud mental de los/as enfermeros/as

El bienestar y la salud son características personales que suelen estar afectadas por las experiencias, contexto y la actividad laboral. Esas características personales pueden analizarse tanto en sus niveles habituales y más estables, que en ocasiones se caracterizan como “rasgos”, como en sus estados más transitorios debidos a diferentes situaciones y condiciones que se dan en un determinado periodo temporal. En nuestro caso, tenía especial interés evaluar los aspectos relacionados con la situación de la pandemia y la actividad laboral del personal de enfermería en esa situación que presentó una duración de varios meses. La evaluación se ha realizado sobre tres facetas de ese bienestar y estados de salud mental. La primera es la que se refiere al estado general de tensión que una persona puede experimentar por determinadas condiciones y situaciones laborales. Se constata que más de la mitad de los/as enfermeros/as (58,1%) declara una tensión personal en el trabajo alta y solo un 8,1% dice que nunca o casi nunca ha experimentado en

el último periodo esas vivencias. Cuando analizamos la ansiedad, un estado de mayor severidad, casi uno de cada cinco enfermeros/as indica que siente estados de ansiedad siempre o casi siempre, aunque también hay 1 de cada tres que no están experimentando esos estados de ansiedad en el periodo referido. El aspecto más severo de los estudiados hace referencia a los estados depresivos y aquí el 16,9% de los/as enfermeros/as presenta niveles graves mientras que un 38,7% presenta niveles moderados. Así pues, se trata de grupos importantes (entre el 58,1 y el 16,9% según el indicador) que están sometidos a niveles de riesgo psicosocial importante en el trabajo y que por lo tanto requerirían de actuaciones preventivas en la organización de su trabajo dirigidas a mejorar el bienestar y la salud mental, ya que además hay otro grupo importante de personal que señala niveles “moderados” en esas experiencias.

La comparación de los resultados promedio de los/as enfermeros/as de la provincia de Madrid con los del resto de España muestra que en estas tres facetas de la salud mental y el bienestar laboral no se constatan diferencias significativas.

4.6. Las correlaciones entre los constructos estudiados

El análisis de las correlaciones obtenidas (ver tabla 1) muestran resultados de indudable interés. En primer lugar, las tres variables que reflejan edad y experiencia o antigüedad tienen elevadas correlaciones positivas entre sí y ponen de manifiesto que tienden a presentar mejor adaptación las personas con mayor edad y más experiencia ya que a estas variables presentan relaciones negativas con las experiencias de estrés por carga de trabajo y por preparación insuficiente y también presentan mayores niveles de autoeficacia. Además, esas variables presentan correlaciones negativas con los indicadores de problemas mentales (tensión, ansiedad y depresión).

En segundo lugar, todos los estresores correlacionan positivamente entre sí y negativamente con

Tabla 1. Correlaciones.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. Edad																				
2. Antigüedad	,597***																			
3. Experiencia	,795***	,552***																		
4. Carga	-,273**	-,058	-,229*																	
5. Preparación	-,364***	-,317***	-,259**	,298***																
6. Miedo	-,128	-,002	-,185*	,392***	,236**															
7. Sufrimiento	-,147	,011	-,130	,549***	,306***	,371***														
8. Autoeficacia	,241**	,256**	,163	-,003	-,069	-,069	-,110	644***												
9. Resiliencia	,022	-,002	-,034	,039	-,103	,024	-,061	,111	,064											
10. Apoyo	,083	,224*	,129	-,361***	-,354***	-,210*	-,250**	,196*	,064	,009										
11. Planificación	,121	,058	,132	,032	-,059	,058	,045	,283***	,196*	,009										
12. Activo	,117	,074	,114	,164	-,106	,204*	,092	,404***	,344***	-,123	,788***									
13. Instrumental	-,140	-,014	-,140	-,126	-,041	-,051	-,037	,180*	,195*	,234**	,337***	,232**								
14. Emocional	-,035	-,017	-,054	-,130	-,085	-,040	,094	,223*	,243**	,083	,236**	,206*	,671***							
15. Reinterpretación	-,062	-,063	-,039	,051	-,092	-,155	-,063	,128	,179*	,065	,311***	,238**	,206*	,044						
16. Aceptación	,111	,155	,111	-,107	-,237**	-,115	-,124	,232**	,281**	,235**	,110	,106	,269**	,293***	,248**					
17. Desempeño	,158	,146	,130	-,128	-,303***	,046	-,194*	,542***	,432***	,145	,110	,135	,089	,088	,051	,300***				
18. Compañerismo	,122	,122	,034	-,049	-,093	,145	-,017	,562***	,489***	,073	,107	,179*	,137	,134	-,028	,127	,628***			
19. Tensión	-,199*	-,049	-,123	,311***	,386***	,327***	,363***	-,419***	-,253**	,045	,031	,031	,161	-,156	-,142	-,226*	-,303***	-,176*		
20. Ansiedad	-,276**	-,224*	-,273**	,346***	,492***	,365***	,422***	-,393***	-,194*	,055	,055	,005	,021	-,017	-,055	-,211*	-,248**	-,145	,666***	
21. Depresión	-,245**	-,256**	-,225*	,272**	,415***	,291***	,402**	-,493***	-,446***	-,395***	,053	-,064	-,071	-,094	-,170	-,401***	-,390***	-,280**	-,597***	,645***

el recurso de apoyo social. Además, mayores niveles de estresores están significativamente relacionados con niveles más elevados de tensión, ansiedad y estados depresivos. También algunos de los estresores (preparación insuficiente y sufrimiento) muestran una relación negativa y significativa con desempeño.

Los recursos (autoeficacia, resiliencia y apoyo social de los compañeros) muestran una relación negativa con los estresores (en especial apoyo) y se relacionan positivamente con las diferentes estrategias de afrontamiento. Además, presentan una relación positiva con el desempeño y compañerismo (sorprendentemente salvo el apoyo) y tienen claramente una relación negativa con los problemas de bienestar y salud mental.

Las estrategias de afrontamiento correlacionan todas entre sí, aunque presentan pocas relaciones con los estresores y con la salud. Por último, el desempeño y el compañerismo se relacionan de forma positiva con la salud y el bienestar de los profesionales. Cuanto mejor desempeño mejor salud mental.

5. Discusión y conclusiones

Es interesante señalar que durante las semanas de pico de contagios por la pandemia en España, las dos experiencias de estrés más importantes han sido el miedo al contagio y el estrés emocional por el contacto con el sufrimiento y la muerte de pacientes. También presentan niveles relativamente altos la sobrecarga de trabajo y la falta de preparación para abordar las nuevas demandas sanitarias. Es interesante constatar que los enfermeros/as presentan en general niveles de resiliencia y de autoeficacia altos y también cuentan con buen nivel de apoyo social de los compañeros.

En relación con las estrategias de afrontamiento ante estrés, el personal de enfermería de Madrid practica, en su mayoría, una amplia gama de ellas, predominando algo más las orientadas a afrontar el problema que las orientadas a gestionar las emociones personales y a asumir la situación. La utilizada con menos frecuencia, en comparación con las otras, es tratar de ver la situación en positivo.

El desempeño en el trabajo es autoevaluado de forma altamente positiva tanto en cuanto al desempeño del puesto como al compañerismo. Es conocido en este tipo de evaluación la existencia muy

probable de un sesgo positivo derivado de la autoevaluación. En este caso, también puede estar pasando en esas autoevaluaciones la experiencia del sobreesfuerzo que se ha de realizar en una situación como la que se ha producido en los hospitales y otras organizaciones de salud.

Constatamos que en los estados de bienestar y salud mental identificamos un grupo importante de trabajadores con experiencias problemáticas en sus niveles de tensión y ansiedad personal y en los estados depresivos. Estas situaciones son coherentes con las condiciones en que se ha desarrollado su trabajo y el rendimiento que han tenido que dar en esas situaciones y ello incluso contando con buenos niveles de recursos personales (autoeficacia y resiliencia) y sociales (apoyo de compañeros/as).

Finalmente es importante constatar que los/as profesionales de Madrid, comparando los niveles medios alcanzados con los de otras provincias españolas, apenas presentan diferencias significativas.

6. Recomendaciones

Vistos los niveles de estrés por miedo al contagio, es importante señalar la importancia de que los profesionales cuenten con los recursos adecuados de protección para evitar los contagios, y se planteen medidas organizativas y protocolos de actuación orientados a la prevención del contagio y la protección de la salud de los profesionales y de sus familiares. Es necesario realizar previsiones para contar con los recursos, equipamiento e instalaciones, y también con EPIs que permitan el desempeño del trabajo del personal de enfermería en condiciones de seguridad. Hay que prever las estrategias, recursos y protocolos para la realización de tests y diagnósticos de los/as profesionales sanitarios que permitan conocer en su caso, el estado de infección con el fin de tomar las actuaciones oportunas asegurar que estos no puedan ser a su vez fuentes de contagio.

Es importante planificar sesiones de formación y entrenamiento al personal de enfermería en situaciones en las que las características de los problemas de salud que se han de tratar y abordar presenten amplias zonas de incertidumbre en cuanto a sus síntomas, clínica, protocolos de actuación etc. También es fundamental proporcionar una información clara, transparente, suficiente y efectiva que permita a los profesionales entender mejor la situación y desempeñar de forma más informada su trabajo. Los resultados también indican la importancia que tiene para el personal de enfermería contar con recursos personales tales como la autoeficacia, la resiliencia y sociales como el apoyo por parte de sus compañeros y supervisores. Resulta pues fundamental fortalecer tales recursos y favorecer un clima de colaboración y apoyo entre los compañeros mejorando aspectos como la comunicación dentro de los equipos de trabajo.

Será necesario establecer mecanismos que identifiquen las situaciones y estados de tensión, ansiedad y depresivos de los profesionales por las condiciones y situación de trabajo que permitan determinar los tiempos de descanso, recuperación y en los casos en que este indicado, las bajas para evitar un presentismo en condiciones de salud inadecuadas y contraproducentes.

Es importante rediseñar el sistema de trabajo y el personal de forma que la carga de trabajo para los profesionales no afecte de forma negativa a su salud. Será importante incorporar refuerzos acordes con los niveles de demanda y carga de trabajo existentes derivados de la pandemia o de otros aspectos de la salud de la población.

El sistema de salud debe proporcionar el apoyo y asesoramiento psicológico profesional adecuado para atender a los profesionales que presenten niveles de tensión, ansiedad y estados depresivos derivados del sobreesfuerzo que tienen que realizar en la situación de exceso de demanda o de incremento de los riesgos del trabajo para su salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. Nueva York: Springer Publishing Company. 1984.
2. Bakker AB, Demerouti E. Job demands-resources theory. In Wellbeing: A complete reference guide. Work and wellbeing; Chen P.Y., Cooper C.L. (Eds.); Wiley-Blackwell – 2014. United Kingdom, (pp. 37–64).
3. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. 1997. Nueva York: Freeman.
4. Grau R, Salanova M, Peiró JM. Efectos moduladores de la autoeficacia en el estrés laboral. *Apuntes de Psicología*. 2000. 18, 1, 57-75.

5. Richardson GE. The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*. 2002. 58, 3, 307-321. Doi: 10.1002/jclp.10020.
6. Peiró JM, Salvador A. Estrés Laboral y su control. *Madrid: Endema*. 1993.
7. Gray-Toft P, Anderson JG. The Nursing Stress Scale: Development of an instrument. *Journal of Behavioural Assessment*. 1981. 3(1), 11-23. <https://doi.org/10.1007/BF01321348>
8. Escribá V, Mas R, Cárdenas M, Pérez S. Validity of a job stressors measurement scale in nursing staff: the nursing stress scale. *Gac Sanit*. 1999. 13(3), 191-200. Doi: 10.1016/s0213-9111(99)71350-6.
9. Baessler J, Schwarzer R. Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 1996. 2, 1-8.
10. Stephens JP, Heaphy E, Dutton JE. High quality connections. In Cameron, K. S., Spreitzer, G. (Eds.), *The Oxford handbook of positive organizational scholarship* (pp. 385-399). New York, NY: Oxford University Press. 2011.
11. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*. 1997. 4(1), 92-100. Doi: 10.1207/s15327558ijbm0401_6
12. Morán C, Landero R, González MT. COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*. 2010. 9(2), 543-552.
13. Williams LJ, Anderson SE. Job satisfaction and organizational commitment as predictors of organizational citizenship and in-role behavior. *Journal of Management*. 1991. 17, 601-617. Doi: <http://dx.doi.org/10.1177/014920639101700305>
14. Smith CA, Organ DW, Near JP. Organizational Citizenship Behavior: Its Nature and Antecedents. *Journal of Applied Psychology*. 1983. 68 (4), 653-663.
15. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*. 1998. 10, 176-181. Doi: 10.1037/1040-3590.10.2.176
16. Bados A, Solanas A, Andrés R. Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema*. 2005. 17, 679-683.
17. Klieve HM, Beamish W, Bryer FK, Rebollo RE, Perrett HO, Van Den Muyzenberg J. Accessing practitioner expertise through online survey tool LimeSurvey. *Knowledge in Technology Education (TERC 2010)*. 2010. 2