

¿Conocemos el bienestar psicológico de nuestro personal sanitario?

M. Ángeles Sánchez-Uriz^a, María Fe Gamo^b, Francisco J. Godoy^c, Jacinto Igual^d y Ana Romero^d

^aHospital Virgen de la Torre. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales Área 1. SERMAS. Madrid. España.

^bEUE Cruz Roja. Madrid. España.

^cHospital Ntra. Sra. del Prado. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales Área 7. SESCAM. Talavera de la Reina. Madrid. España.

^dHospital Universitario de Getafe. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Área 10. SERMAS. Madrid. España.

Correspondencia: Dra. M.A. Sánchez Uriz.

Servicio de Prevención Área 1. SERMAS. Hospital Virgen de la Torre.

Puerto Lumbreras, 5. 28038 Madrid. España.

Correo electrónico: msanchezu.hvtr@salud.madrid.org

Resumen

Introducción: En los últimos años se ha producido un aumento de la enfermedad psíquica con graves repercusiones en el mundo laboral (aumento de los accidentes y del absentismo por enfermedad común, descensos en la productividad, mala calidad de los servicios) y en la calidad de vida de los trabajadores (problemas físicos, psíquicos, bajo nivel de satisfacción, etc.). El personal sanitario es uno de los más afectados. Hay numerosos estudios sobre síndrome de *burnout*, estresores en personal sanitario, *mobbing*, etc., pero no hay datos sobre la percepción que tiene el personal sanitario en su bienestar psicológico. Con el propósito de confirmar la hipótesis sobre la existencia de probables alteraciones psiquiátricas menores en personal sanitario, nos planteamos este trabajo de investigación.

Objetivo: Identificar los posibles casos de alteraciones psiquiátricas menores en el personal sanitario. Analizar los factores sociodemográficos y laborales de riesgo en los casos de probables alteraciones psíquicas. Describir la disposición de los síntomas (somáticos, ansiedad e insomnio, depresión y disfunción social), en los casos de alteraciones psíquicas.

Material y método: Estudio descriptivo transversal, realizado en una muestra de personal sanitario del Área 10 de Madrid. La recogida de información se realizó mediante cuestionarios autoadministrados. Para medir la variable respuesta (bienestar psicológico) se utilizó el cuestionario de Salud General de Goldberg en la versión de 28 ítems (GHQ-28).

Resultado: La prevalencia de malestar psíquico para el total de la muestra es del 18,2%, con diferencias significativas que superan el punto de corte en las variables: lugar de trabajo (hospital), sexo (mujeres), edad (entre 36 y 50 años), categoría profesional (auxiliar de enfermería), contrato (fijo), turno (rotatorio) y llevar trabajando (entre 11 y 15 años).

Conclusiones: Es necesario incluir cuestionarios psicosociales en la vigilancia de la salud, que puedan objetivar enfermedades no recogidas de otra forma y permitan tener un indicador de salud mental para elaborar medidas preventivas adecuadas. Una mayor atención a los procesos organizativos y una cultura de “cuidar al cuidador” puede contribuir a disminuir el problema creciente de distrés psicológico en el personal sanitario.

Palabras clave: Personal sanitario. Salud mental. Salud ocupacional. Test de Goldberg.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 1.500 millones de personas en el planeta presentan proble-

Abstract

Introduction: In the last few years, psychological distress among the population has increased with serious repercussions for employers (an increase in accidents and absenteeism due to common illnesses, lower productivity, poor quality of services) and for workers' quality of life (physical and psychological problems, low levels of satisfaction, etc.). Health workers are among the collectives most affected by this increase. Numerous studies have been published on burnout syndrome, stressors among health workers, and mobbing, among other phenomena, but data on health workers' perception of their psychological well-being are lacking.

Objective: To identify possible cases of minor psychiatric disturbances among health workers. To analyze the sociodemographic and occupational risk factors in workers with psychiatric disturbances. To describe the type of symptoms (somatic, anxiety and insomnia, depression and social dysfunction) in workers with psychiatric alterations.

Material and method: We performed a cross-sectional descriptive study in a sample of the health workers in Area 10 of Madrid. Information was gathered through self-administered questionnaires. To measure the response variable (psychological well-being), the 28-item Goldberg General Health Questionnaire was used (GHQ-28).

Result: The prevalence of psychological distress for the sample as a whole was 18.2%. Significant differences and scores exceeding the cut-off point indicating vulnerability to psychiatric disturbances were found for the following variables: place of work (hospital), gender (women), age (between 36 and 50 years), professional status (nurse's aide), contract (permanent), shift (rotating), and years of service (between 11 and 15 years).

Conclusions: Psychosocial questionnaires should be included in health surveillance. These questionnaires could identify alterations undetected by other measures and would allow appropriate preventive measures to be designed. Greater attention to organizational factors and a culture of “caring for the carer” could help to reduce the growing problem of psychological distress among health workers.

Key words: Health workers. Mental health. Occupational health. Goldberg's test.

sos mentales que son la causa directa del intento de suicidio de 10-20 millones de personas cada año y de un millón de suicidios consumados. Los trastornos de ansiedad afectan

a 400 millones de personas y 340 millones tienen diferentes formas de depresión. Esto coloca a las enfermedades mentales en el tercer puesto del absentismo laboral y pérdida de días de actividad, provocados por problemas de salud. Además, el último estudio realizado por la OMS cifra en un 79% las personas con trastornos mentales que no reciben tratamiento¹.

Se prevé que las enfermedades mentales van a aumentar de modo significativo, y se estima que para el año 2020 sea del 50% sobre los datos actuales de muerte e incapacidad temprana². Según la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud en España, aproximadamente 300.000 españoles presentan algún tipo de trastorno mental. Sin embargo, otro estudio del Centro Español de Información y de Formación sobre la Enfermedad Mental indica que el 2% de la población española, es decir, aproximadamente 800.000 españoles, tiene algún tipo de trastorno mental³.

Los datos publicados por la Comisión Europea, en la Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo, reflejan que más de la mitad de los 141 millones de trabajadores europeos afirman que trabajan bajo presión⁴ y calcula que los costes que supone el estrés relacionado con el trabajo rondan los 20.000 millones de euros al año en el conjunto de la Unión Europea (UE).

En España, la quinta Encuesta Nacional de condiciones de trabajo, realizada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, refleja que del total de consultas médicas solicitadas por los trabajadores el año pasado, el 20% se debió a lesiones relacionadas con el trabajo y, de ese porcentaje, el 4,6% estaba relacionado con el estrés⁵.

La Organización Internacional de Trabajo afirma⁴ que el coste de los problemas de salud mental relacionados con el trabajo, incluido el estrés, representa el 3% del producto interior bruto de la UE, además del sufrimiento que ocasiona a muchos millones de trabajadores en Europa.

Uno de los grupos profesionales afectados por el estrés en su trabajo diario son los profesionales de la salud. La interacción entre los factores estresantes y la personalidad del profesional hace que, por ejemplo, los médicos cometan con frecuencia dos a tres veces más suicidios que la población general^{6,7}; y que el personal de enfermería tenga mayor prevalencia de trastornos psicológicos relacionados con el estrés, de insatisfacción laboral y frecuentes cambios de puesto de trabajo.

Esta situación es preocupante por el impacto que tienen en las empresas e instituciones: el absentismo laboral que conlleva, las alteraciones que se originan en las relaciones con los miembros del equipo (conflictos interpersonales) y, sobre todo, por la incapacidad de dar atención de calidad a los pacientes⁸.

En estudios realizados recientemente en Estados Unidos, la frecuencia de errores disminuyó un 50% después de que se implementaran las actividades de prevención en un hospital de 700 camas. En un segundo estudio, se redujo en un 70% el número de demandas por mala práctica en 22 hospitales que pusieron en práctica actividades para la prevención del estrés. Por contraste, no hubo ninguna disminución en el número de demandas en un grupo de 22 hospitales que no implementaron actividades para la prevención del estrés⁸.

Los informes de la Comisión Europea sobre el estrés indican que se puede y se debe intervenir sobre todos los factores de estrés laboral, y se aconseja de modo prioritario la prevención a todos los niveles en línea con lo establecido en la directiva marco de la UE y el artículo 152 del tratado de Ámsterdam. Para ello, es necesario elaborar un diagnóstico previo sobre la situación de estrés en el entorno en el que se desea intervenir⁹.

Para elaborar este diagnóstico, es importante explorar el nivel de bienestar psicológico. La aplicación del test de Goldberg permite obtener una aproximación en la autopercpción que tiene el personal sanitario con relación a su propio bienestar, y para ello se consideran indicadores en el ámbito físico y psicológico^{10a}.

El objetivo del presente trabajo es identificar los probables casos de alteraciones psíquicas menores en personal sanitario, analizar los factores sociodemográficos y laborales de riesgo y describir la disposición de los síntomas (somáticos, ansiedad e insomnio, depresión y disfunción social), en los casos de alteraciones psíquicas.

Material y métodos

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal, con una muestra formada por el personal que se ha valorado en el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Área 10 de Madrid, bien por estar sometidos a un riesgo específico en el trabajo o por ser personal de nueva incorporación al Área. El personal cumplió 2 cuestionarios autoadministrados, de forma anónima, confidencial y voluntaria. Como instrumentos de recogida de datos se utilizó 2 cuestionarios:

1. *Encuesta de variables sociodemográficas y laborales*, diseñada específicamente para este estudio a partir del análisis y estudio de la bibliografía consultada.

2. *Cuestionario de Salud General (GHQ-28)* (versión Lobo et al^{10b}) por ser un instrumento de demostrada validez y fiabilidad para detectar "casos psiquiátricos menores" entre la población general, además de su sencillez y fácil manejo. El GHQ-28 es un cuestionario autoadministrado que consta de 28 ítems agrupados en 4 subescalas de 7 ítems cada una: subescala A (síntomas somáticos), subescala B (ansiedad e insomnio), subescala C (disfunción social en sus actividades diarias) y subescala D (depresión grave).

Cada pregunta tiene 4 posibles respuestas, que gradúan la presencia de síntomas con una escala tipo Likert. El paciente debe subrayar la respuesta elegida y que ésta se limite a su situación en las últimas semanas, no en el pasado. Al ser un instrumento diseñado para uso en consultas médicas no psiquiátricas, su objetivo consiste en detectar cambios en la función normal del paciente, no en determinar los rasgos que lo acompañan durante su vida. Se utilizó como punto de corte o umbral entre "caso probable /probable normal" (6/7), ya que se trata de un estudio de prevalencia de trastornos psíquicos y con este punto de corte se obtiene la mayor espe-

cificidad de la prueba (90,2%) con una buena sensibilidad (76,9%).

No ha habido rechazos a la hora de cumplimentar los cuestionarios. Ha participado en el estudio un total de 804 personas que en el período de enero del 2001 a agosto del 2002 acudieron al servicio de prevención por alguno de los dos motivos arriba expresados (precisión de la medida de un 3% para un z alfa 1,96 y un intervalo de confianza del 95% estimado conforme a la prevalencia para estos trastornos encontrada en la bibliografía¹¹⁻¹⁵). Las variables cuantitativas se analizaron con la prueba de la t de Student y la U de Mann-Whitney, y las cualitativas con la prueba de la χ^2 . El análisis de los datos se realizó mediante evaluación de las variables cualitativas y cuantitativas. Para el estudio estadístico se empleó el programa EPINFO versión 6.0, elaborado por el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta y la OMS.

Resultados

La población muestral estaba compuesta por 804 trabajadores de la población de referencia. En la tabla 1 se describe la distribución de la muestra según las variables sociodemográficas estudiadas. El personal de oficio es de un n pequeño, por lo que se omitió de nuestro estudio. Con el punto de corte en 6/7, la prevalencia de malestar psíquico global es de 18,2%, del que el 89,7% ($n = 131$) es en el ámbito hospitalario y el 10,3% ($n = 15$), de atención primaria. La media de edad es de 39,5 años, con un rango de 22-62 años. Predominan las mujeres (90,4%) sobre los varones (9,6%).

Según la situación laboral, la mayor prevalencia de malestar psíquico la alcanza el personal con contrato fijo (59,6%), seguido del personal interino (27,4%). Referente al turno en que desarrollan su trabajo, obtienen mayor prevalencia los que realizan turno rotatorio (mañana o tarde y noches) con el 50%, seguido por el 41,1% de los que realizan el turno de mañana y, en último lugar, 8,2%, los que trabajan de tarde. Los fisioterapeutas y el personal del turno de noches fijas están incluidos en la muestra, pero no se han incluido en los análisis al no superar el punto de corte establecido para "susceptible de problemas psiquiátricos".

En cuanto a las unidades, las que ocupan el primer lugar son las de hospitalización (21,9%), seguidas de Urgencias-Unidad de Cuidados Intensivos (20,6%) y laboratorios (13%).

La mayor prevalencia de malestar psíquico la obtienen las auxiliares de enfermería (32,2%), seguidos de las enfermeras (24,6%), los técnicos (12,3%), los médicos (10,3%), los administrativos (8,2%), los celadores (6,2%), el personal de limpieza (4,8%), las matronas (3,4%) y, por último, el personal de oficios (1,4%).

La media de años trabajados es de 17 años, con un rango de 0 a 45 años, con la mediana en los 15 años. Al agruparlos por tiempos trabajados, la mayor prevalencia la obtienen los trabajadores que llevan trabajando entre 11 y 15 años (21,9%), seguidos por los que llevan trabajando entre 6 y 10 años (15,8%), los que llevan trabajando entre 26 y 30

Tabla 1. Distribución de la muestra según las variables sociodemográficas del estudio

Variables	N	Porcentaje
Sexo		
Varón	135	16,8
Mujer	669	83,2
Centro		
Atención especializada	685	85,2
Atención primaria	119	14,8
Edad		
20-29 años	225	28
30-39 años	276	34,3
40-49 años	219	27,2
50-59 años	73	9,1
≥ 60 años	11	1,4
Categoría profesional		
Enfermera	211	26,2
Médicos	178	22,1
Auxiliar de enfermería	159	19,8
Técnicos	111	13,8
Celador	54	6,7
Auxiliar administrativo	43	5,3
Limpieza	23	2,9
Fisioterapeutas	17	2,1
Unidad		
C. Salud	100	12,4
Laboratorio	123	15,33
Urgencias/UCI	140	17,5
Quirófano/Paritorio	61	7,6
Radiología	54	6,7
S. Centrales	159	19,8
Hospitalización	167	20,8
Contrato		
Fijo	402	50
Interino	189	23,5
Eventual	213	26,5
Turno		
Mañana	317	39,4
Tarde	74	9,2
Rotatorio (mañana o tardes con noches)	408	50,8
Noche fijas	5	0,6
Años trabajados		
< 1 año	92	11,4
1-10 años	258	32
11-20 años	244	30,3
21-30 años	171	21,3
31-40 años	39	4,9

UCI: unidad de cuidados intensivos.

años (15,1%), y, por último, los que han trabajado entre 16 y 20 años y 20 y 25 años (13%, respectivamente).

Al analizar el test de Goldberg, el 18,2% tiene una puntuación superior al punto de corte (6/7), lo que sugiere una "probable alteración mental". Es importante destacar que entre el personal con puntuaciones superiores a 6 puntos, el 11,7% tienen valores entre 6 y 10, el 5,1% puntuán entre 10 y 20 y el 1,4% superan los 20 puntos.

Al valorar las subescalas del test de Goldberg, la subescala que registraba mayor puntuación fue la de ansiedad (93,8%), seguida de la de trastornos psicosomáticos (90,4%); después la de disfunción social (81,5%) y, en último lugar, la de depresión (46,6%). Existe una mayor correlación entre la puntuación total y la subescala de ansiedad.

La persona "tipo" de presentar una " posible alteración psiquiátrica" en nuestro estudio responde al modelo siguiente: mujer, entre 30 y 39 años, personal de enfermería de atención especializada, con contrato fijo, realiza turno rotatorio y lleva trabajando entre 11 y 15 años.

Discusión

La muestra recogida es una población joven, sin que haya diferencias significativas en cuanto a la edad media de la muestra y de los que superan el punto de corte.

Si equiparamos la población sanitaria con la población general, la prevalencia de malestar psíquico es menor en nuestro estudio (18,2%) que la encontrada en la bibliografía consultada, Muñoz et al¹² con un 25% en población general. Si lo comparamos con otros estudios en población sanitaria, Escribá et al¹³, en un estudio sobre enfermería, obtienen cifras del 20,9%, Lomeña et al¹⁵, del 29,8%, y Renuncio et al¹⁴, del 10%.

Encontramos, al igual que en la bibliografía consultada, que son las mujeres las que obtienen mayor prevalencia de malestar psíquico frente a los varones, excepto en Renuncio et al¹⁴, que obtiene mayor prevalencia de distrés psicológico en varones, posiblemente porque el estudio se realizó en el Hospital Militar.

Es el personal de enfermería (auxiliares, enfermeras, técnicos y matronas) el subgrupo de personas con probable distrés psicológico, resultados que coinciden con los de otros trabajos consultados, y que está relacionado con tener que realizar turnos de noche, fines de semana y soportar la presión de la carga de atención directa al paciente.

El personal con contrato fijo y en turno rotatorio es el que muestra mayor prevalencia de distrés psicológico, lo que se puede deber al trabajo rutinario, estancamiento en el mismo lugar de trabajo con mínimas oportunidades de cambio y no existir carrera profesional que permita seguir progresando en la profesión. Estos datos coinciden con los trabajos de Moreno et al¹⁶ y García¹⁷, en oposición a lo descrito por Lomeña et al¹⁵, donde los que tienen mayor distrés psicológico son los trabajadores con contrato temporal. Posiblemente, para el personal contratado, su trabajo tiene el reto de conseguir un contrato fijo y, por tanto, un objetivo a alcanzar.

La prevalencia global de malestar psíquico es mayor en el hospital que en atención primaria al igual que en el estudio de Lomeña et al¹⁵.

La edad y la antigüedad en el ejercicio de la profesión está relacionada con una mayor tendencia al distrés psicológico, coincidiendo con otros trabajos publicados¹¹.

La puntuación obtenida en las cuatro subescalas del cuestionario coinciden con la prevalencia observada de los distintos trastornos en la práctica cotidiana y en la bibliografía consultada¹². De acuerdo con Goldberg¹¹, la mayor correlación que hay entre la subescala B y la puntuación total indicaría la importancia de la ansiedad como fenómeno central subyacente a la mayoría de trastornos psiquiátricos.

Hay una evidencia de asociación significativa entre el malestar psicológico del personal de enfermería y las características sociodemográficas y laborales. Factores como la mayor antigüedad en el puesto de trabajo, la edad, el lugar de trabajo, el tipo de contrato y el turno de trabajo, tienen gran relevancia. Estos datos coinciden con otros estudios realizados^{11,12,15}.

Somos conscientes de lo reducida que es la muestra y, por tanto, de la validez limitada de los resultados, por lo que para poder confirmar los resultados obtenidos creamos necesario hacer nuevos estudios con muestras de mayor tamaño y mayor representatividad en el ámbito nacional.

A pesar de que los datos obtenidos en nuestro estudio se encuentran dentro de límites satisfactorios y por debajo de los encontrados en la población general, creemos que estamos ante un problema emergente y sería necesario tomar medidas preventivas, tanto en el ámbito organizativo, como de intervención con el personal sanitario. Teniendo en cuenta que el test de Goldberg es sólo una prueba de cribado, sería necesario realizar una valoración más específica en las personas consideradas como "probable alteración mental" antes de hablar de trastorno mental psiquiátrico. Incluir de forma sistemática en los exámenes de vigilancia de la salud, cuestionarios psicosociales mensurables, en los que se pueda observar posibles enfermedades y permitan tener un indicador de salud mental para planificar, implementar y evaluar las intervenciones preventivas adecuadas, en relación con la salud mental de los profesionales y sus condiciones de trabajo. Una mayor atención a los procesos organizativos y una cultura de "cuidar al cuidador" pueden contribuir a disminuir el problema creciente de distrés psicológico en el personal sanitario. Creemos que la organización de cursos de formación relacionados con el puesto de trabajo, fomentar las iniciativas y la participación de los trabajadores en la toma de decisiones y facilitar la promoción interna de los profesionales son medidas que cada centro debería implantar, así como generalizar el Programa de Atención al Médico Enfermo al resto de los profesionales de la salud y facilitar a todos los profesionales sanitarios las condiciones idóneas para que los problemas que se detecten sean tratados con la mayor precocidad y efectividad posibles, bajo el principio de confidencialidad absoluta.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001 – Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas Informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra: OMS; 2001 Serie de Informes Técnicos.
2. Frias A. Salud pública y educación para la salud. Barcelona: Masson; 2000.
3. Morata F. Las personas con enfermedad mental y sus familias. Minusval. 2001;129:17-9.
4. Aparicio JC. El estrés relacionado con el trabajo: un problema creciente. Trabajando contra el estrés. Luxemburgo: Comisión Europea. Agencia Europea para la Salud y la Seguridad en el Trabajo; 2000. p. 14-5.
5. V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Madrid. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2003.
6. Valdés M, Flores TD. Psicobiología del estrés. Barcelona: Martínez-Roca; 1993.
7. Valdés M. Introducción (estrés y psicopatología). Monografía Psiquiatría. 1991;3:4-7.
8. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Sílber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002;28:1987-93.
9. Levi L. Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo: ¿la sal de la vida o el beso de la muerte? Luxemburgo: Comisión Europea. Agencia Europea para la Salud y la Seguridad en el Trabajo; 2000. p. 11-3.
- 10a. Jones JW, Barge BN, Steffy BD, Fay LM, Kuntz LK, Wuebker LJ. El estrés y la mala práctica médica: la evaluación y la intervención del riesgo organizativo. *Rev Psicol Gen Apl*. 1999; 73:727-35.
- 10b. Lobo A, Pérez Echevarría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychol Med*. 1986;16:135-40.
11. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press; 1972.
12. Muñoz PE, Vázquez JL, Rodríguez F, Insausti C, Pastrán A, Varo J. Adaptación Española del General Health Questionnaire (GHQ) de DP Goldberg. *Arch Neurobiol*. 1979;42: 139-58.
13. Escribá M, Mas R, Cárdenas M, Burguete D, Fernández R. Estresores laborales y bienestar psicológico, impacto en la enfermería hospitalaria. *Rev ROL Enf*. 2000;23:26-31.
14. Renuncio M, Saiz L, García AI, Ortiz JL, Supinos B, Sanz P, et al. La salud mental en el personal laboral del Hospital Militar de Burgos. *Metas Enferm*. 2000;23:11-5.
15. Lomeña JA, Martínez C, Negriollo M, Naranjo de la Cruz A. Malestar psíquico en profesionales de la salud: una aproximación a su estudio. *Aten Primaria*. 1991;8:31-8.
16. Moreno B, González JL, Garrosa E, Peñacoba C. Desgaste profesional en hospitales. Influencia de las variables sociodemográficas. *Rev ROL Enf*. 2002;25:737-46.
17. García M. Burnout en profesionales de enfermería de Centros Hospitalarios. *Rev Psicol Trab Organ*. 1991;7:3-12.
18. Rajmil L, Gispert R, Roset M, Muñoz PE, Segura A. Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Cataluña. *Gac Sanit*. 1998;12:153-9.