

PRIMER

Estudio Estatal

sobre las condiciones de

Salud Psicosocial

en los Servicios Sociales de las
Administraciones Locales





Autorías y agradecimientos

Equipo

Sergio Reno Chanca Director del Kayros Research Group. Psicólogo sanitario. Docente universitario en la Universidad Europea de Valencia donde imparte las asignaturas de Psicometría y Métodos de investigación entre otras.

Ilargi Blasko Ochoa Investigadora del Kayros Research Group. Psicóloga infantojuvenil de Kayros Salud. Máster en Psicología General Sanitaria por la Universidad CEU Cardenal Herrera.

Francisco José Santolaya Ochando Presidente del Consejo General de Psicología. Doctor en Psicología Universitat de València. Psicólogo Clínico de la Unidad de Salud Mental Malvarrosa, Hospital Clínico Universitario de Valencia. Profesor asociado asistencial de la Universitat de València.

M. Pilar del Pueblo López Psicóloga por la Universitat de València. Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales. Máster en Psicología Clínica y de la Salud. Psicóloga Especialista en Coaching, PEC Acreditada por el Colegio Oficial de Psicología de la Comunitat Valenciana. Especialista EuroPsy en Psicología del Trabajo y de las Organizaciones (WOP). Consultora Organizacional en las áreas de RRHH, Desarrollo Profesional y Gestión de proyectos. Experiencia profesional desde hace 20 años en las áreas de Selección y Evaluación, Formación, Sistemas de Calidad, Planes de Igualdad. Vocal de la Junta Directiva del Colegio Oficial de Psicología de la Comunidad Valenciana.

Victoria Fernández Zubieta Socióloga en el Gabinete Técnico de la Federación de Servicios a la Ciudadanía de CCOO. Especializada en estudios e investigaciones sobre condiciones de trabajo, género e igualdad de oportunidades, y digitalización y economía 4.0.

Juan José Regatos Andrés Secretario General del Sector Estatal de Administración Local de CCOO. Licenciado en Ciencias del Trabajo por la Universidad Europea de Madrid y Diplomado en Trabajo Social por la Universidad Complutense de Madrid. Funcionario en el Ayuntamiento de **Alcorcón**, como Técnico en Animación Socio Cultural, en las áreas de Servicios Sociales, Cultura y Juventud.

Agradecimientos

A las delegadas y delegados y secciones sindicales de CCOO de todas las administraciones locales que han colaborado en el estudio. Informando y distribuyendo el cuestionario. Además de la labor permanente de prevención de riesgos laborales que desempeñan en todos los centros de trabajo. Así como a las personas que coordinan el sector de la Administración Local de CCOO en cada Comunidad Autónoma.

A los responsables técnicos y políticos de los ayuntamientos, mancomunidades y diputaciones que han colaborado y permitido la recogida de datos en sus servicios y a su personal.

Un reconocimiento al trabajo permanente de apoyo y gestión del personal del Consejo General de Psicología e igualmente al personal y dirección de la Federación de Servicios a la Ciudadanía de CCOO y el Secretariado del Sector Estatal de Administración Local de CCOO

Una mención singular merecen las dos personas que impulsaron e hicieron posible este trabajo y la colaboración entre estas dos entidades, el Consejo General de Psicología y CCOO, a través del Sector Estatal de Administración Local, como son **Francisco José Santolaya Ochoa**, Presidente del COP y a **Joan Gasull Muñoz** Ex-Secretario General del Sector Estatal de Administración Local de CCOO.

Y por último, a todas las **personas, profesionales de los servicios sociales** que han participado en el estudio, cumplimentando el cuestionario, aportando sus opiniones, situaciones, datos y conocimientos.

Índice

Autorías y agradecimientos	2
Equipo	3
Agradecimientos	4
Índice	5
1. Introducción	7
1.1. CCOO	7
1.2. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos	9
1.3. Psicofundación	10
2. El estudio	11
2.1. Justificación	11
3. Metodología	12
3.1. Universo	12
3.2. Tamaño muestral	12
3.3. Variables registradas	12
3.4. Métodos de recogida de las variables	13
3.5. Instrumentos de evaluación para la obtención de las variables	13
3.6. Análisis	13
4. Resultados	14
4.1. Descripción de la muestra	14
4.2. Bajas médicas y COVID-19	20
4.3. Necesidad de herramientas, falta de personal, y campañas de promoción	22
4.4. Índices de depresión, ansiedad y estrés	24
Depresión	24
Ansiedad	25
Estrés	25
4.5. Índices de riesgos psicosociales relacionados con aspectos del trabajo	26
Exigencias cuantitativas	26
Doble presencia	27
Exigencias emocionales	28
Ritmo de trabajo	28
Influencia	29
Posibilidades de desarrollo	29
Sentido del trabajo	30
Claridad del rol	30
Conflicto del rol	31
Inseguridad sobre las condiciones del trabajo	32
Previsibilidad	32
Confianza vertical	33
Justicia	33
Calidad del liderazgo	34
Inseguridad sobre el empleo	34
Tabla resumen	35
4.6. Índices de efectos psíquicos del Burnout	36
4.7. Violencia durante la actividad laboral	37
4.8. Efectos de la promoción de campañas de protección de la salud	39
4.9. Relación de la temporalidad laboral y sintomatología emocional	42
4.10. Inversión en las comunidades y su repercusión sobre el colectivo	44
Índices salud mental en función del nivel DEC	45
Índices de riesgos psicosociales con marcadas diferencias en función del nivel DEC	46
5. Discusión, reflexiones y posibles propuestas de intervención	49
5.1. Reflexiones y propuestas desde CCOO	49
5.2. Reflexiones y propuestas desde el Consejo	57
Referencias Bibliográficas	62





1. Introducción

1.1. CCOO

El estudio que aquí presentamos nace ante la detección de señales de alarma preocupantes sobre la salud del personal integrante del Sistema Público de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Surge así la necesidad de conocer el estado de la salud psicosocial de este colectivo que se sitúa en la puerta de entrada de la ciudadanía a los Servicios Sociales Públicos, mediante la atención primaria y las actuaciones de emergencia social.

Para **CCOO** es imprescindible que las personas que trabajan al servicio de la gente tenga las condiciones laborales y de salud psicosocial adecuadas y cuidadas, siendo un requisito para garantizar la calidad necesaria en el funcionamiento de los servicios públicos, y en particular de los servicios sociales.

Al inicio de la pandemia del COVID 19, en pleno confinamiento, unas compañeras y compañeros de CCOO, profesionales de Servicios Sociales de la provincia de Málaga, propusieron lanzar una campaña para agilizar la tramitación de las ayudas de emergencia social y aumentar el personal de los Servicios Sociales, que permitiera abordar la crisis social que acompañaba a la crisis sanitaria y los efectos colaterales de las medidas excepcionales de protección de la salud establecidas, como fue el confinamiento.

Desde el Sector Estatal de la Administración Local de CCOO recogimos la propuesta y lanzamos la campaña **#MuchoMásServiciosSociales**, con el objetivo de aprobar resoluciones en cada corporación municipal y local, instando a adoptar medidas y modificaciones legales que permitiera la urgente agilización de los trámites y requisitos burocráticos de las ayudas de emergencia, así como para la contratación de personal. Lo que se consiguió parcialmente con las resoluciones y decretos del Ministerio de Asuntos Sociales y Agenda 2030.

Invitamos a sumarse a la campaña a los Colegios Profesionales que tienen presencia en los Servicios Sociales, como son los de Trabajo Social, Educación Social y Psicología. Tras sumarse los tres colegios, mediante las ya cotidianas videoconferencias, el Consejo General de la Psicología nos propuso ampliar la mirada hacia las y los profesionales, al detectarse un aumento de casos del personal de los servicios sociales atendidos en los servicios de salud mental.

De ahí, partió la idea de llevar a cabo el **PRIMER ESTUDIO NACIONAL SOBRE LAS CONDICIONES DE SALUD PSICOSOCIAL EN LOS SERVICIOS SOCIALES DE LAS ADMINISTRACIONES LOCALES**. Como sindicato también queríamos conocer el impacto de las condiciones laborales y las políticas de gestión de personal en la salud psicosocial de las plantillas. Son profesionales que asumen



problemáticas y aspectos humanos y sociales en sus tareas cotidianas, que sufren una elevada tasa de temporalidad en su empleo, con unas organizaciones administrativas complejas y diferentes niveles de profesionalización y de medios. Además, vienen soportando una elevada carga de trabajo debido al crecimiento exponencial de la demanda de la ciudadanía ante las situaciones que se arrastran desde la crisis de la “burbuja inmobiliaria” y que la pandemia no ha permitido superar adecuadamente.

Aunque la percepción sobre las personas que trabajan en los servicios públicos, en especial con el ejemplo dado por el personal sanitario, entre otros, en esta pandemia, ha mejorado y ha adquirido cierto reconocimiento público, especialmente en las primeras olas de la crisis sanitaria. Sin embargo, es cierto que durante mucho tiempo no se ha reconocido su labor y, además, se ha fomentado por parte de algunos sectores políticos y económicos “contrarios” a lo público y a lo social, un desprestigio y difamación basados en supuestos privilegios laborales, sin entender que son necesarias condiciones laborales dignas tanto en la Administración Pública, en las empresas concesionarias de servicios públicas como en cualquier sector productivo o de servicio privado.

Al personal de los servicios sociales se le ignora tanto mediática como políticamente, se infravalora su papel y su prestación de servicio al conjunto de la sociedad y de la ciudadanía, dando a entender que de ello se ocupan entidades sociales y ONGs, cuyo papel es encomiable y necesario, pero insuficiente, dado que son los centros de servicios sociales municipales y comunitarios del sistema público de servicios sociales los que abarcan la atención de la mayoría de la población en situación de necesidad o dependencia.

Queremos agradecer la participación en el estudio a todas las personas que han respondido al cuestionario, a las delegadas y delegados de **CCOO** de cada entidad local que ha impulsado y difundido este proyecto. También dar las gracias al Consejo General de Psicología por su disposición total desde el principio, por apoyar la campaña y por acercar la defensa de los espacios y derechos profesionales a la defensa de los derechos y condiciones laborales, sin corporativismo alguno y con una entrega y dedicación que ha permitido el desarrollo de este estudio en un total ambiente de complicidad e ilusión.

Para **CCOO** el estudio no acaba aquí. Sus conclusiones nos deben permitir lanzar nuestra acción sindical para llegar a acuerdos con los diferentes gobiernos estatales, autonómicos y locales, demandando la adopción de soluciones urgentes y estables que mejoren la salud psicosocial de cada una de las personas que trabajamos en este ámbito, y por extensión en cualquier administración, centro o equipamiento de servicios sociales. Nos jugamos mucho, lo más preciado que tenemos, la salud. No podemos ni perderla ni atender a la población en situación más vulnerable sin las condiciones laborales y de salud adecuadas, sería una falta de respeto a cada persona atendida y a nosotras y nosotros mismos.

1.2. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos

El **Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos** viene realizando, desde su constitución, una importante tarea de colaboración, asesoramiento e investigación respecto a todos aquellos temas relacionados con el estado de la salud mental de la población española y que abarca el trabajo conjunto con diferentes colectivos, organizaciones, organismos públicos y privados, mediante la realización de análisis, emisión de informes y elaboración de estadísticas, promoviendo, como en esta ocasión, estudios que puedan visibilizar problemáticas actuales y poder proponer soluciones e iniciativas innovadoras.

La situación de pandemia vivida, en España y a nivel global, ha causado un gran impacto sobre la salud física y mental de toda la población. Las repercusiones y consecuencias son evidentes y todos los informes nos muestran que van a permanecer a lo largo del tiempo. Al poco de comenzar la pandemia, el COP, junto con el Ministerio de Sanidad, ofreció una respuesta rápida y crucial que fue la puesta en marcha del **Servicio de Primera Ayuda Psicológica Telefónica (SPAP)**. Labor que también desarrollaron los diferentes colegios territoriales que llevaron a cabo multitud de iniciativas relacionadas con la atención psicológica a la ciudadanía en general y a colectivos concretos.

En este estudio que nos ocupa, el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos está completamente implicado y comprometido con el colectivo de los servicios sociales, ya que es plenamente consciente del deterioro de la salud mental y del incremento de la prevalencia de los riesgos psicosociales en las entidades locales en todo el territorio nacional y, de forma específica, dentro de los departamentos sociales y de sus trabajadores y trabajadoras.

Estos profesionales vienen sufriendo, desde hace años, una importante presión en sus servicios que no ha hecho sino empeorar con la crisis sanitaria, provocando que se hayan visto desbordados por la situación. El incremento de la población a atender ha sido muy importante. La situación de peligro, miedo, incertidumbre y ansiedad que se ha vivido en diferentes sectores, y en el de Servicios Sociales en concreto, ha sido especialmente alarmante, dado que han padecido en primera persona la incidencia de los efectos de la pandemia en los ciudadanos y las ciudadanas más vulnerables, así como la necesidad de generar soluciones y dar una respuesta rápida en poco tiempo y con recursos muy limitados.

Por ello, el Consejo, Comisiones Obreras (CCOO) y Psicofundación acordaron hace casi un año trabajar conjuntamente para conocer las condiciones sobre la salud psicosocial de las personas que trabajan en los Servicios Sociales, analizando factores tan importantes como los niveles de ansiedad y depresión de este colectivo, su situación laboral, condiciones organizativas, campañas de salud, desgaste emocional, etc.



Lo que no se analiza no se conoce y lo que no se conoce no se puede mejorar, así que estamos en el convencimiento de que este estudio servirá para concienciar sobre la necesidad de adoptar medidas y acciones que promuevan y mejoren la salud mental y la prevención de los riesgos psicosociales de este colectivo tan imprescindible en España.

1.3. Psicofundación

Psicofundación es una fundación creada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, destinada a promover el desarrollo científico y profesional de la Psicología en el ámbito español, así como impulsar y participar en todo tipo de estudios, investigaciones e iniciativas que repercutan sobre áreas relacionadas con la Psicología, sus profesionales, colectivos afines y población en general.

Desde el inicio de la pandemia, junto al COP, está colaborando con diferentes organizaciones y entidades con el objetivo de apoyar todo tipo de iniciativas que repercutan en la protección de la salud mental en España.

Colaborar con CCOO y el COP ha sido muy importante para Psicofundación ya que, de esta manera, puede contribuir a dar a conocer, visibilizar y proponer soluciones a la complicada situación que están viviendo los profesionales que forman los equipos de atención de los Servicios Sociales de las entidades locales en el territorio español. Un colectivo crucial de primer nivel en situaciones de crisis y que también ha visto incrementados los problemas de salud mental y los riesgos psicosociales en sus plantillas.

Estamos en el convencimiento de que este ‘Primer Estudio Estatal sobre las condiciones de Salud Psicosocial en los Servicios Sociales de las Administraciones Locales’ será un importante punto de partida para concienciar e impulsar medidas y acciones destinadas a la protección y recuperación del bienestar psicológico de este colectivo de profesionales.



2. El estudio

2.1. Justificación

El mundo laboral ha sufrido varios cambios importantes en los últimos años y especialmente desde la pandemia de la COVID-19 donde se ha implementado en mayor medida el teletrabajo como herramienta habitual de trabajo (Anghel, Cozzolino & Lacuesta, 2020; Balladares & Hablick, 2017).

La relación entre cada persona trabajadora y el ámbito laboral puede promover la presencia de factores psicosociales protectores o de riesgo frente al padecimiento de distintos problemas en la salud física, emocional, cognitiva y conductual (Carrión-García & Hernández-Gracia, 2018). El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2004) define los factores de riesgo psicosociales como las condiciones directamente relacionadas con la empresa, el contenido del puesto de trabajo y las tareas que conlleva dicho puesto de trabajo, que pudieran influir en el bienestar, salud y rendimiento de las personas trabajadoras. Los factores de riesgo psicosociales más habituales son las altas exigencias o responsabilidades, la ambigüedad por la tarea a realizar, los horarios laborales y la carga mental que supone el desempeño del trabajo (Rubio, Díaz, Martín & Luceño 2010).

Los sentimientos de estrés, ansiedad, frustración, etc., son frecuentes en muchos trabajadores y trabajadoras en sus puestos de trabajo (Balladares & Hablick, 2017; Manzano, 2001). Esto es de gran relevancia dado que la manifestación de dicha sintomatología y sentimientos pueden derivar en la presencia del Síndrome de Estar Quemado en el ámbito laboral. Maslach (1977; 1981; 1999) define el *Burnout* o Síndrome de Estar Quemado como una respuesta de estrés crónica derivada del padecimiento de estresores emocionales e interpersonales en el ámbito laboral, y que se ve reflejada en la pérdida de preocupación y de emocionalidad. Además, se ha encontrado una relación entre este síndrome y el tipo de profesión desarrollada. Concretamente, algunas de las profesiones con más probabilidades de sufrir *Burnout* son las que implican un contacto directo con las personas usuarias que atienden el personal sanitario, como son los puestos de trabajo de la Administración Pública y servicios sociales (Greenglass, Burke & Moore, 2003; Manzano, 2001; Moriana & Herruzco, 2005).

Por ello, el objetivo de este estudio es extraer un diagnóstico sobre la salud psicosocial en el personal de los servicios sociales, encontrando además los factores o situaciones que se repiten en la mayoría de las administraciones y otros singulares que puedan afectar en mayor medida. Todo ello persigue ayudar a alcanzar dos metas convergentes; la salud de las personas trabajadoras y la garantía de calidad de los servicios públicos, en este caso servicios sociales.

3. Metodología

3.1. Universo

Personas pertenecientes a las plantillas de los servicios sociales que trabajan en la Administración Local de España durante el año 2021. Según datos de la Encuesta de Población Activa (EPA) correspondientes al primer trimestre de 2021 la población objetivo estimada es de 31.958 personas. Se incluyeron como requisitos de participación el ser mayor de edad, estar actualmente trabajando en los servicios sociales del territorio nacional y el consentimiento voluntario a la participación de este estudio.

3.2. Tamaño muestral

La estimación muestral mínima proyectada fue de 394 participantes, que se distribuyen de forma proporcional entre las diferentes comunidades y poblaciones. (Véase apartado 4.1)

3.3. Variables registradas

- * Aspectos sociodemográficos referidos a sexo, edad y comunidad autónoma en que se desempeña el puesto de trabajo.
- * Sintomatología ansiosa.
- * Sintomatología depresiva.
- * Sintomatología de estrés.
- * Sintomatología de *Burnout* (o Síndrome del Trabajador Quemado).
- * Factores psicosociales relevantes en el entorno laboral.
- * Aspectos de carácter laboral referidos a relación laboral, administración de la que depende, tipo de trabajo a desempeñar, área de actividad, tipo de intervenciones que se realizan o ámbitos de actuación, poblaciones atendidas y bajas laborales.
- * Exposición a situaciones de violencia en el contexto laboral.

3.4. Métodos de recogida de las variables

Para la realización de este estudio se confeccionó un cuestionario online que se distribuyó contactando directamente con los servicios sociales de los municipios, diputaciones y mancomunidades que se seleccionaron para la participación en el estudio. La recogida de datos se llevó a cabo entre los meses de junio y septiembre del año 2021. Se contactó con más de 1.000 centros, entre ayuntamientos y consejerías de servicios sociales en todas las comunidades autónomas, tanto en persona como vía email, con el fin de obtener una muestra representativa a nivel estatal y de las diferentes comunidades en relación a los diferentes tamaños poblacionales. Conjuntamente se informó en los diferentes territorios desde las distintas secciones sindicales para garantizar el alcance del estudio.

3.5. Instrumentos de evaluación para la obtención de variables

A continuación se listan las diferentes escalas y cuestionarios científicamente validados que se han utilizado para obtener datos adecuados al estudio:

- * Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) (Lovibond & Lovibond, 1995).
- * Escala de Efectos Psíquicos del *Burnout* (EPB) (García-Izquierdo, 1990; 1992).
- * Cuestionario Psicosocial de Copenhague versión corta (ISTAS21 COPSOQ). (Moncada, Llorens, Andrés, Moreno & Molinero, 2014).
- * Preguntas ad hoc para la recogida de información referida a las condiciones laborales, aspectos sociodemográficos y factores psicosociales.

Estas escalas no se han modificado, y se han utilizado los baremos y correcciones aportadas por sus respectivos autores para población española. Para más información acerca de los sistemas de puntuación y baremación se puede contactar con los autores y autoras del presente estudio o bien consultar los diferentes manuales.

3.6. Análisis

Para el tratamiento de los datos se llevó a cabo una metodología cuantitativa ex post-facto mediante el paquete estadístico SPSS v.25.0. (IBM). Los análisis fueron llevados a cabo tras la selección aleatoria de entre la muestra total recogida para salvaguardar la representatividad y peso adecuados en función de los diferentes tamaños poblacionales. Así, los resultados expuestos se corresponden a una muestra representativa del conjunto de trabajadores y trabajadoras de los servicios sociales del ámbito local, de un total de 732 personas.

4. Resultados

4.1. Descripción de la muestra

Se consiguió acceder a un total de 1145 profesionales de los servicios sociales, quienes 998 eran mujeres y 147 eran hombres, suponiendo el 87,16% y el 12,84% de la muestra respectivamente. Posteriormente, se procedió a una selección aleatoria acorde al criterio de representatividad por tamaño poblacional. La muestra final estuvo compuesta por 732 participantes.

Figura 1. Porcentaje de la muestra final correspondiente a cada comunidad autónoma.

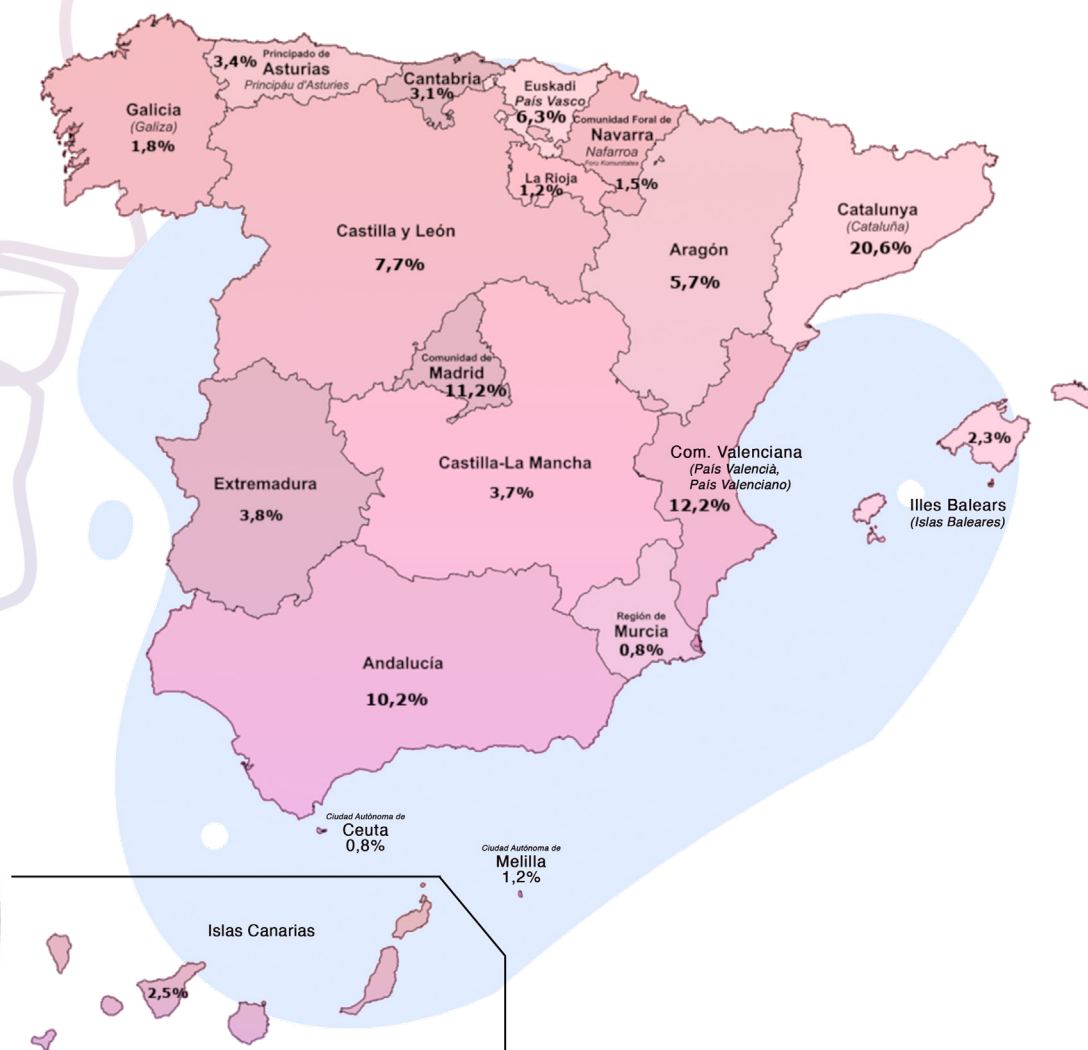
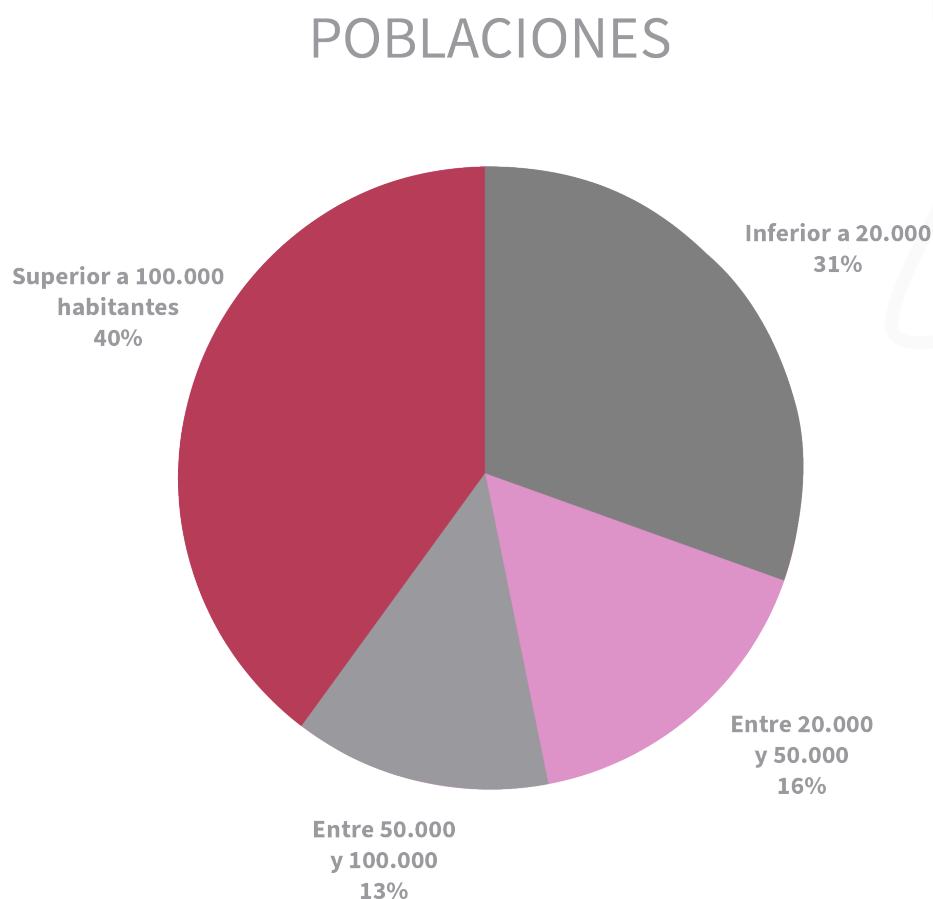


Tabla 1. Objetivos de recogida de muestra, muestra recogida y tamaño de la población.

	Total	<20.000	20.001-50.000	50.001-100.000	>100.001
Objetivo	395	120	65	52	158
Recogido	1145	223	167	171	584
Final (+85%)	732	223	120	96	293

Figura 2. Porcentaje de participantes en función del tamaño de la población.



De las personas trabajadoras que contestaron a las encuestas, el 40% pertenecía a poblaciones superiores a los 100.000 habitantes, el restante 60% corresponde principalmente a poblaciones inferiores a los 20.000 habitantes (31%) y secundariamente a poblaciones entre 20.000 y 50.000 habitantes (16%) y entre 50.000 y 100.000 habitantes (13%).

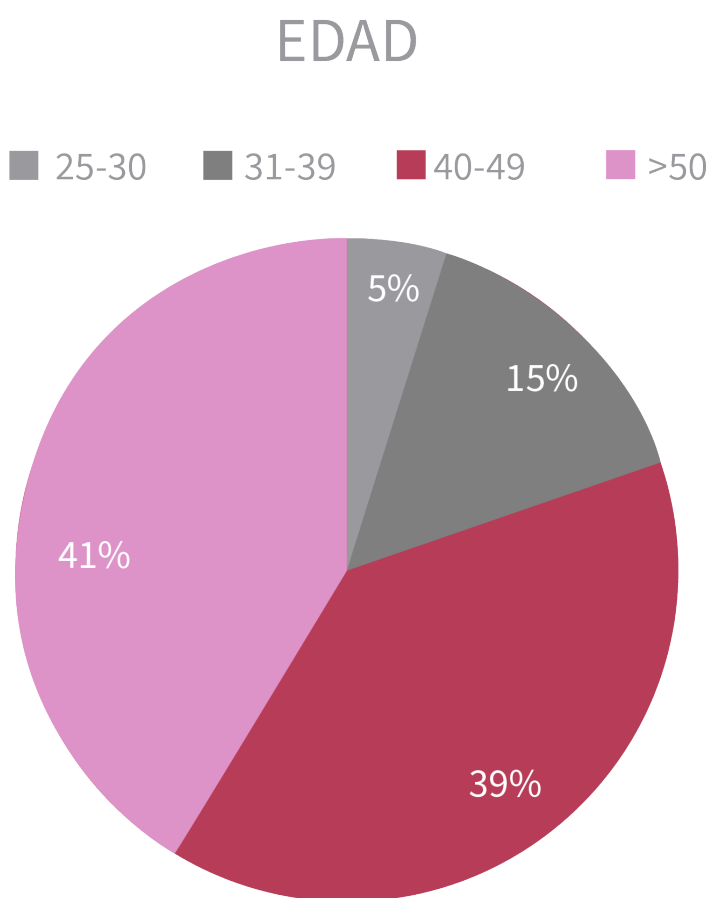
Tabla 2. Distribución de participantes por sexo.

	Personas	%
Hombres	87	11,9%
Mujeres	645	88,1%

Nota: La muestra total de participantes es de 732 personas residentes en España.

Del total de profesionales de Servicios Sociales que dieron su consentimiento para la realización del estudio y posterior a la aleatorización, la mayor parte de la muestra, concretamente un 88,1%, fueron mujeres mientras que un 11,9% fueron hombres.

Figura 3. Distribución por rango de edad de las personas encuestadas.



La mayor parte de la muestra, un 41%, corresponde a personas mayores a los 50 años, seguidas por el grupo comprendido entre los 40 y los 49 años, con un 39%, y los grupos de 21 a 29 años (15%) y de 25 a 30 años (5%).

Los datos de nuestro estudio son muy similares a los de la EPA, donde:

- * el 89 % son mujeres;
- * el 45,3 % tiene más de 50 años;
- * el 32,4 % tienen entre los 40 y 49 años.

Tabla 3. Distribución de la situación laboral según el tipo de contratación.

Situación laboral		
Personal fijo 52,7%	Laboral fijo o indefinido	23,5%
	Funcionariado de carrera	29,2%
Personal temporal 47,3%	Funcionariado interino	25,7%
	Contrato laboral interino	9,7%
	Contrato laboral de obra y servicio	10,4%
	Contrato con empresa de servicios subcontratada por la administración	1,5%

Tabla 4. Distribución según tipo de contratación en función de la edad.

Edad						
	<25	25-30	31-39	40-49	>50	Total
Fijo	0	4	29	146	207	386
Temporal	2	32	80	136	96	346

Respecto del tipo de contratación encontramos que el personal fijo (laboral fijo o indefinido y funcionariado de carrera) constituía el 52,7% de la muestra, del cual más del 91% son mayores de 40 años (Tabla 4). El personal temporal (que incluye funcionariado interino, personas con contrato laboral de interinaje, contrato laboral de obra y servicio o con contrato de empresa subcontratada) comprenden el 47,3% de la muestra (véase Tabla 3).

De nuevo podemos hablar de datos muy similares a los de la EPA donde se describe una temporalidad del 45%. Comparando ambos sexos no encontramos diferencias significativas siendo un 47,4% las mujeres con contrato temporal y un 46% en el caso de los hombres (véase Figura 4).

Figura 4. Distribución del tipo de contratación en función del género.

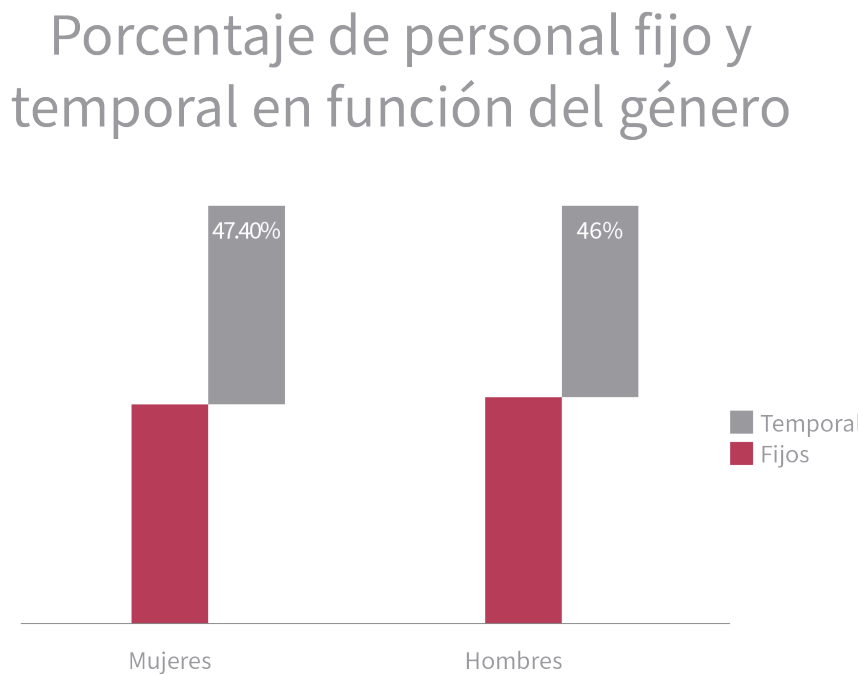
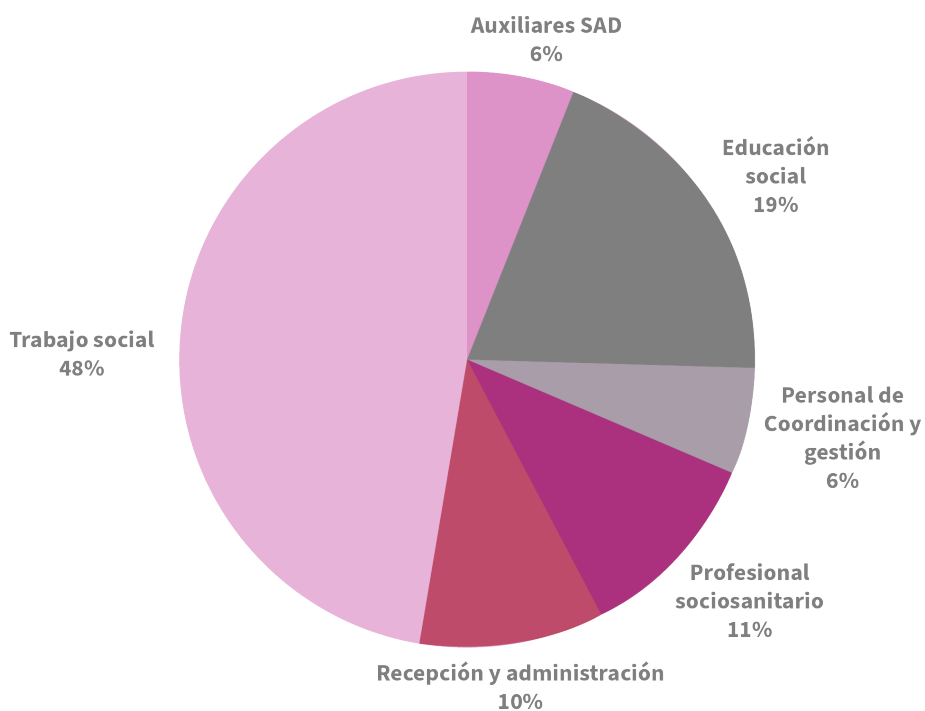


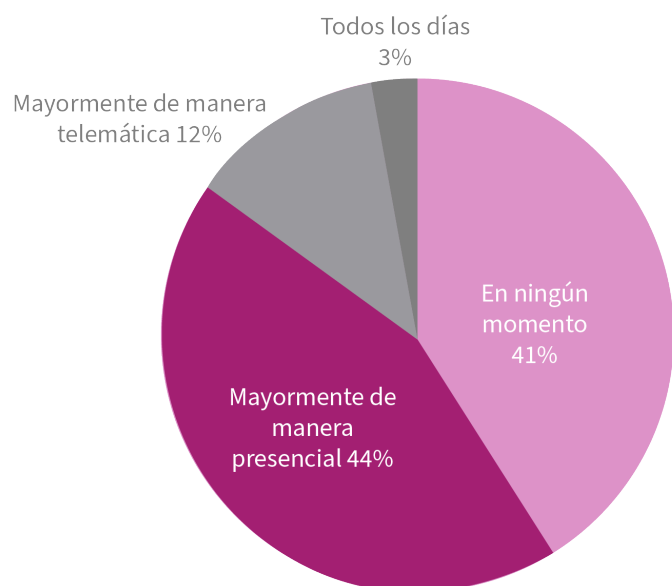
Figura 5. Distribución de la muestra según el ejercicio profesional.



Con respecto al trabajo desempeñado, casi la mitad de las personas participantes ejercen como trabajadoras sociales (48%), seguidas de un 19% que ejercen como educadoras sociales. El resto de las participantes en el estudio ejercen como profesionales sociosanitarias (11%), recepcionistas o personal administrativo (10%), personal de coordinación y gestión (6%) y auxiliares SAD (6%) (véase figura 5).

Figura 6. Distribución de la modalidad de trabajo durante el último año.

En este último año, ha trabajado de forma telemática:

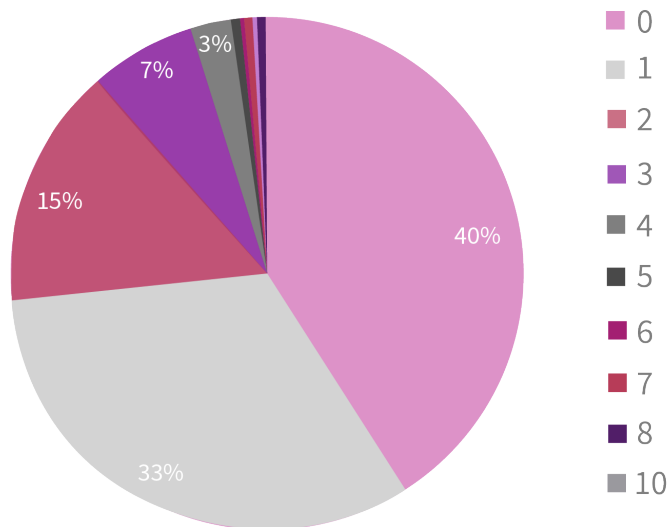


Analizando la forma más habitual de trabajo en el último año, se observa que la gran mayoría ha continuado su trabajo de manera presencial, concretamente un 44% ha trabajado mayormente de manera presencial y un 41% ha mantenido su trabajo de forma totalmente presencial. Mientras que una minoría ha trabajado mayormente de manera telemática (12%) o han trabajado todos los días de manera telemática (3%) (véase comparativa en la Figura 6).

4.2. Bajas médicas y COVID-19

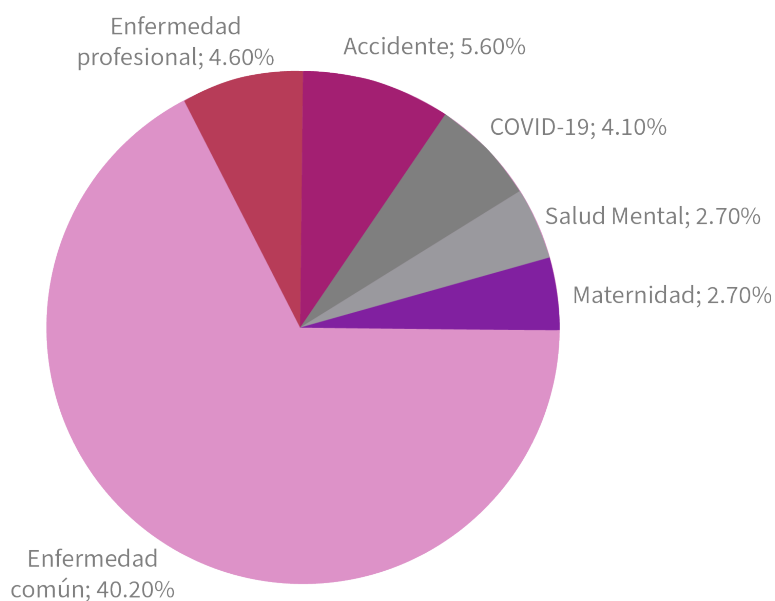
Figura 7. Número de bajas médicas en los últimos tres años

Número de bajas médicas en los últimos 3 años



Como se muestra en la Figura 7, el 60% de las personas encuestadas refirió habersele sido prescrita al menos una baja durante los últimos 3 años. De aquellas que sí recibieron una o más bajas, aproximadamente a la mitad se le fue prescrita una única baja, un 25% estuvo en dos ocasiones de baja mientras que aproximadamente el otro 25% lo estuvo tres o más veces en los últimos 3 años.

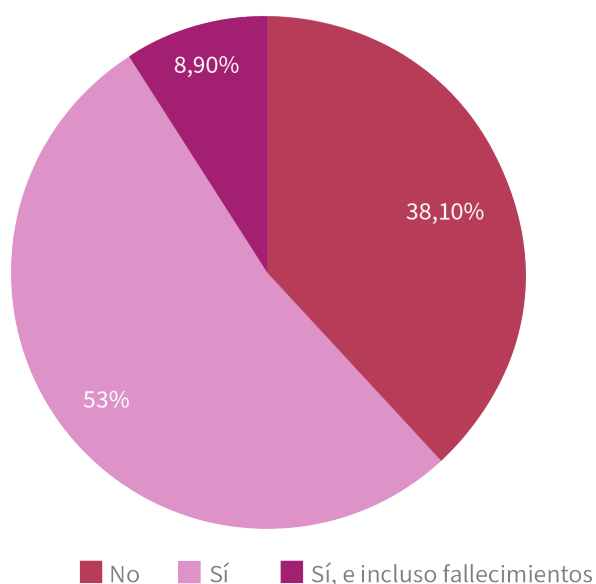
Figura 8. Distribución de bajas médicas por tipología.



Como se detalla en la Figura 8, referente al 60% de la muestra con prescripción de baja y los motivos de las mismas, los datos indican que la mayor parte de las bajas están tramitadas como problemas de enfermedad común (40,20%). El resto de causas fueron, de mayor a menor peso, por accidentes (5,6%), enfermedad profesional (4,6%), COVID-19 (4,1%) y por salud mental y bajas por maternidad (un 2,7% cada una).

Figura 9. Contagio o contacto cercano con personas allegadas contagiadas por COVID-19.

¿Alguien en su entorno cercano (familiares, amistades, compañeros en el entorno laboral o usted mismo) se ha contagiado de COVID-19?

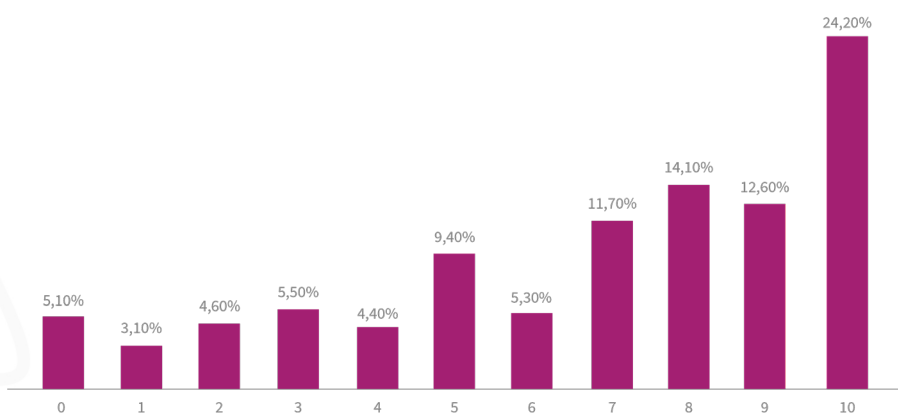


Un 61,9% de la muestra refiere haber padecido o tenido personas del entorno cercano contagiadas por COVID-19, de las cuales un 8,9% reseña el fallecimiento de alguna persona amiga o compañera de trabajo o de su familia. La importancia de este factor externo se ha tenido en cuenta realizando un análisis de su impacto sobre los diferentes índices de salud mental que se explican más adelante. No se ha encontrado un impacto diferencial a este respecto entre quienes refieren la ausencia de COVID-19 y quienes sí (Véase Figura 9).

4.3. Necesidad de herramientas, falta de personal, y campañas de promoción

Figura 10. Repercusión de la falta de personal sobre la salud.

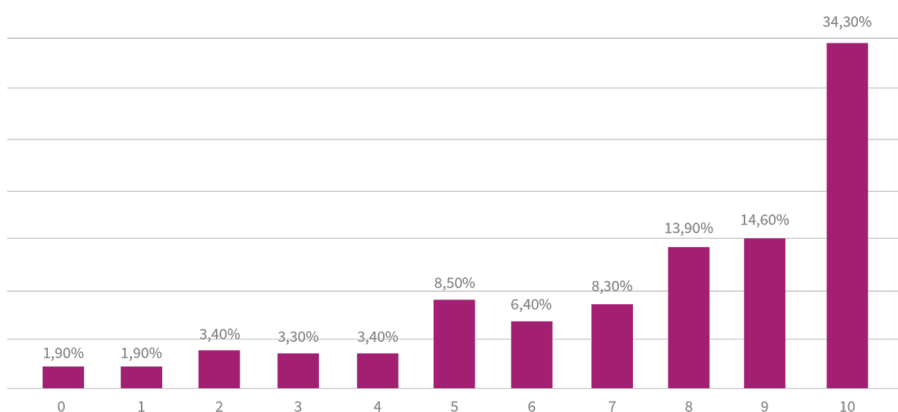
De 0 a 10 cuánto considera que la falta de personal está repercutiendo sobre su salud física y/o emocional



Como se muestra en la Figura 10, prácticamente la totalidad de las personas entrevistadas (94,90 %) consideraron que la falta de personal repercute de alguna manera en su salud física y emocional. Asimismo, una de cada dos personas señaló con un grado de puntuación de más de ocho que la falta de personal es un factor fundamental que amenaza su salud física y emocional.

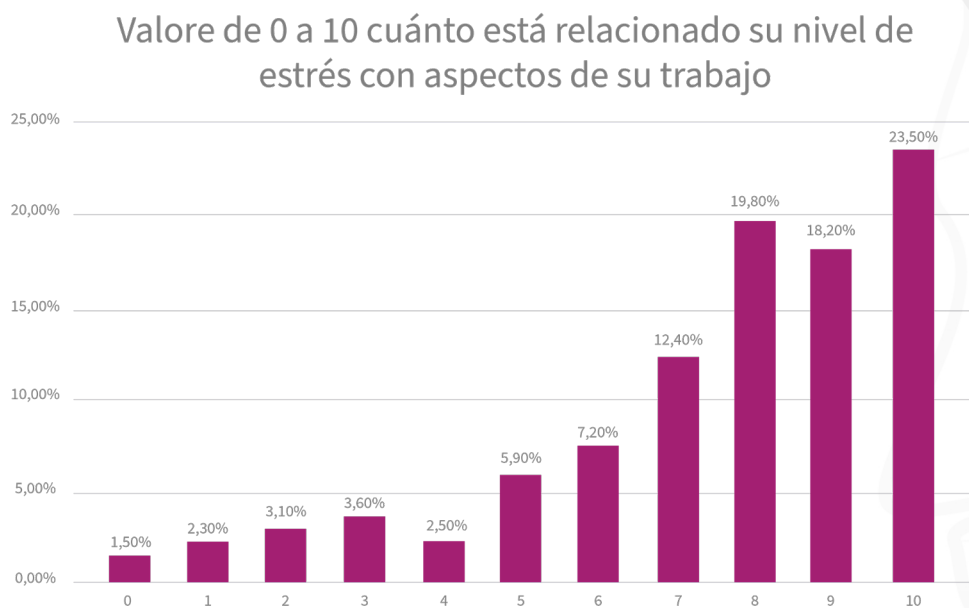
Figura 11. Necesidad de adquisición de herramientas de gestión emocional en el área laboral.

Valore de 0 a 10 la necesidad de adquirir herramientas de gestión emocional para desempeñar su trabajo



El 34,30% de las personas encuestadas considera imprescindible la adquisición de herramientas de gestión emocional para poder desempeñar su trabajo diario de forma adecuada. Encontramos que más del 60% considera claramente necesaria esta adquisición (puntuaciones superiores: 8, 9 y 10) (véase Figura 11).

Figura 12. Relación percibida entre el estrés y aspectos laborales.



El 73,9% de los profesionales de servicios sociales considera que su estrés está relacionado con aspectos de su trabajo en un nivel igual o superior a 7 (sobre 10). Destacar además que el 23,5% ha marcado la puntuación máxima, indicando que su estrés está directamente relacionado con su trabajo diaria (véase Figura 12).

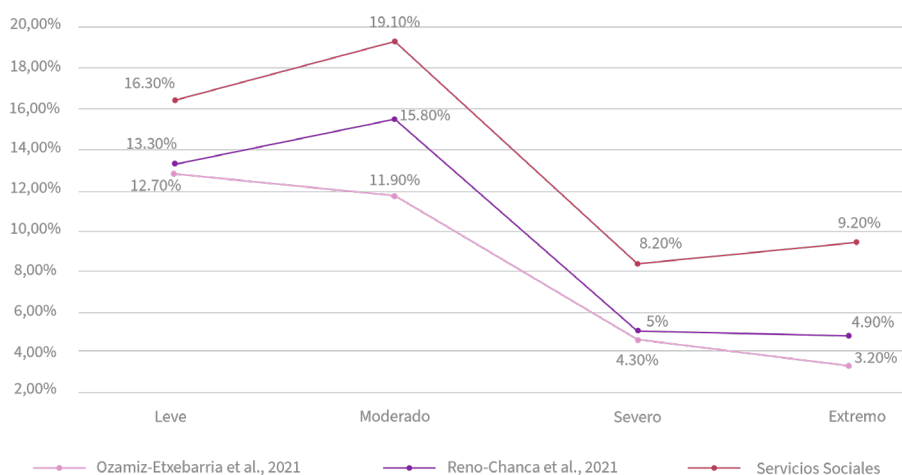
4.4. Índices de depresión, ansiedad y estrés

La obtención de datos relacionados con la salud mental se centró en los 3 grandes grupos de sintomatología más frecuente como son los síntomas relacionados con la depresión, la ansiedad, y el estrés. Evidentemente la clasificación diagnóstica de los participantes es inviable sin la labor del personal especialista y diferentes entrevistas clínicas, por lo que se optó por la descripción de los niveles sintomatológicos. Éstos ofrecen una perspectiva del grado de afectación de cada persona, dejando al margen el cumplimiento de los criterios diagnósticos (ej: en términos sanitarios, podemos describir la frecuencia del dolor de cabeza, pero no podemos poner el diagnóstico de migraña).

Utilizando herramientas fiables y válidas hemos podido realizar comparativas entre el colectivo de los servicios sociales con otros estudios similares en España y fechas cercanas al momento de estudio.

a Depresión

Figura 13. Prevalencia de sintomatología depresiva entre estudios y en profesionales de servicios sociales.



La prevalencia de sintomatología depresiva es más elevada en personal técnico de los servicios sociales que en otros grupos poblacionales. Tal como se puede observar en la Figura 13, quienes trabajan en los servicios sociales presentan puntuaciones más altas en todos los niveles de sintomatología depresiva (leve, moderado, severo y extremo). Asimismo, más de la mitad de las personas que participaron en este estudio (52,7%) manifiestan padecer esta dolencia, mientras que otros estudios hablan de porcentajes de afectación de entre un 32,2 y 38,9 % (Ozamiz-Etxebarria et al., 2021 & Reno-Chanca et al., 2021)

b Ansiedad

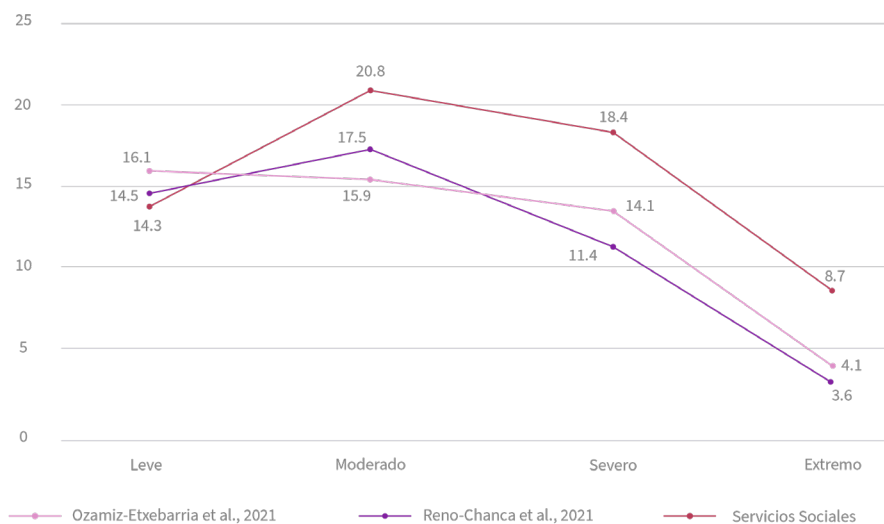
Figura 14. Prevalencia de sintomatología ansiosa entre estudios y en profesionales de servicios sociales.



En cuanto a los niveles de sintomatología ansiosa (Figura 14), obtenemos que más de la mitad de las profesionales de los servicios sociales (52,6%) presentaron sintomatología ansiosa. Se han observado niveles de prevalencia de ansiedad similares en el territorio nacional a lo largo del último año, con hasta un 49,6% (Ozamiz-Etxebarria et al., 2021), si bien parece haber una mayor afectación de gravedad en el colectivo de servicios sociales.

c Estrés

Figura 15. Prevalencia de sintomatología relacionada con el estrés entre estudios y en profesionales de servicios sociales.



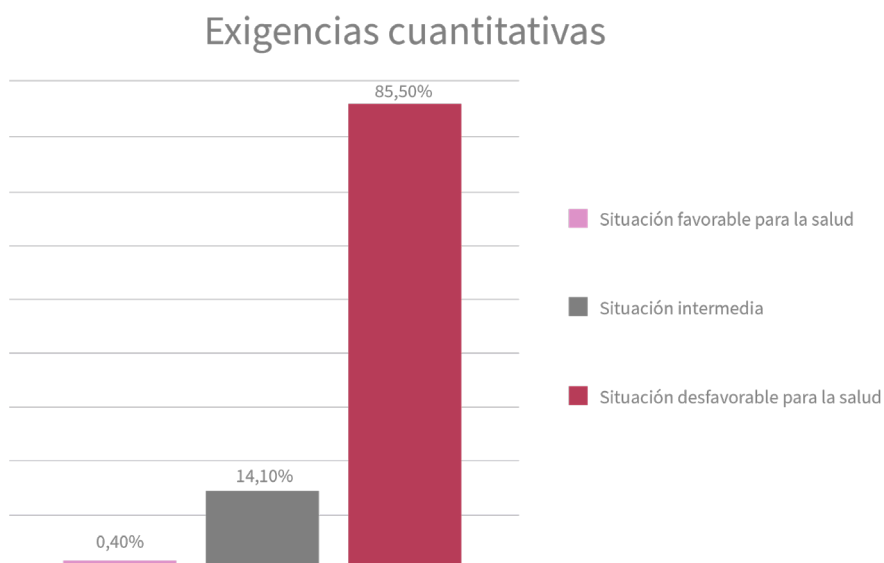
Acerca de la presencia de estrés en el colectivo de los servicios sociales (Figura 15), se observa que más de la mitad de la muestra (62,3%) presentó algún tipo de percepción de estrés. Con respecto a niveles de estrés obtenidos en otra serie de colectivos profesionales del entorno nacional, observamos una prevalencia de estrés que oscila entre 46,9 y 50,6% (Ozamiz-Etxebarria et al., 2021 & Reno-Chanca et al., 2021).

4.5. Índices de riesgos psicosociales relacionados con aspectos del trabajo

El CoPsoQ PSQCAT es un instrumento de evaluación orientado a la prevención de riesgos psicosociales relacionados con aspectos laborales. Esta prueba identifica y valora los riesgos psicosociales y facilita el diseño e implementación de medidas preventivas. Es uno de los instrumentos de medida de riesgos psicosociales más utilizados en evaluación de riesgos e investigación.

a Exigencias cuantitativas

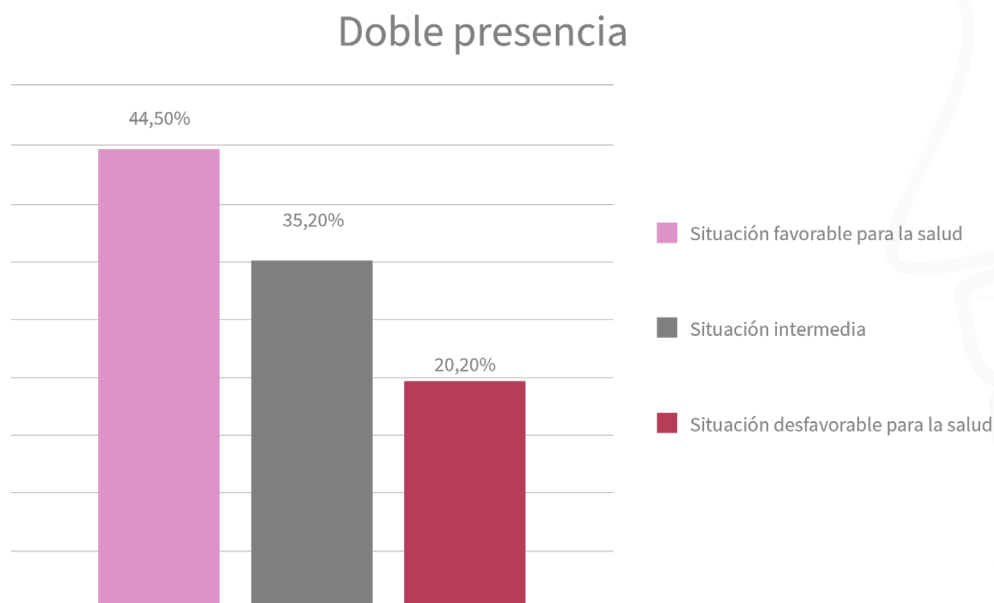
Figura 16. Exigencias cuantitativas del trabajo y su relación en torno a la salud.



Esta dimensión hace referencia a la carga posible de trabajo en relación al tiempo del que disponen para poder acometer la tarea. Esta balanza puede llegar a ser claramente desproporcionada y por tanto afectar a la salud del personal. La gran mayoría de las personas encuestadas (85,5%) percibe que existe una distribución irregular en relación a la cantidad de trabajo y tiempo para su elaboración, resultando ello en una acumulación del trabajo y, por ende, en una situación desfavorable para su salud (Véase Figura 16).

b Doble presencia

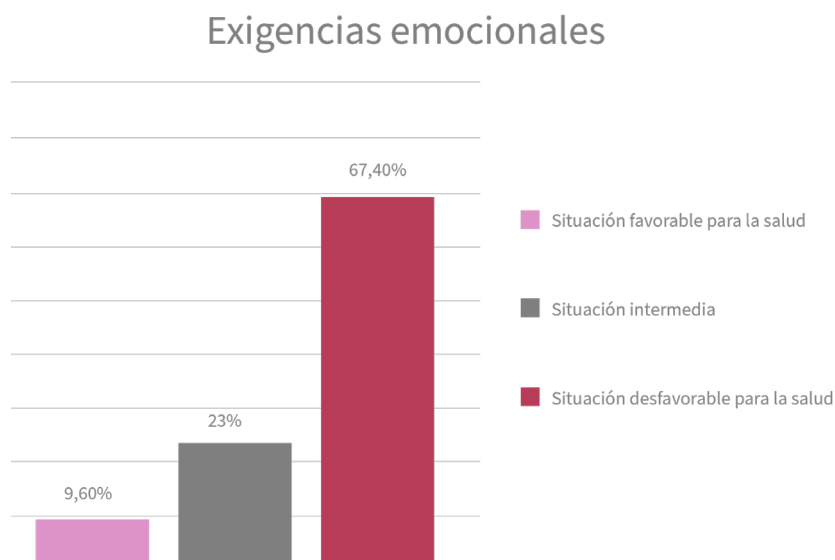
Figura 17. La doble presencia como factor psicosocial y su relación en torno a la salud.



Casi la mitad de las personas encuestadas (44,5%) considera que la doble presencia (entendidas estas como exigencias sincrónicas entre el ámbito laboral y doméstico-familiar que producen interferencia en este último) del puesto que desempeña promueve un ambiente favorable para su salud. Mientras que, un 35,20% considera que este factor promueve un ambiente intermedio y un 20,20% considera que promueve un ambiente desfavorable para su salud.

c Exigencias emocionales

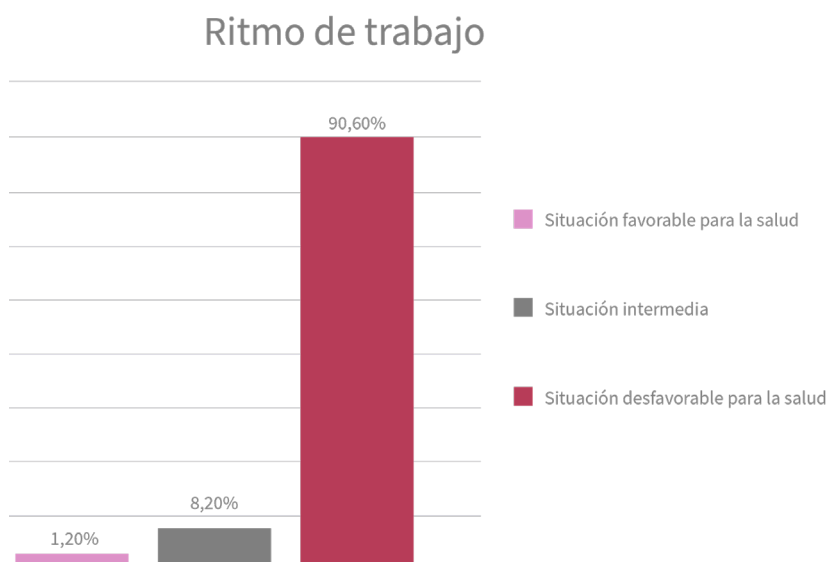
Figura 18. Exigencias emocionales del puesto desempeñado y su relación en torno a la salud.



La mayoría de las personas encuestadas (67,4%) considera que las exigencias emocionales (entendidas estas como aquellas exigencias que requieren de su capacidad empática y la transmisión de comprensión y compasión) del puesto que desempeña constituyen un factor favorable para su salud. Mientras que, un 23% considera que este factor promueve un ambiente intermedio y un 9,60% considera que promueve un ambiente desfavorable para su salud (Véase Figura 18).

d Ritmo de trabajo

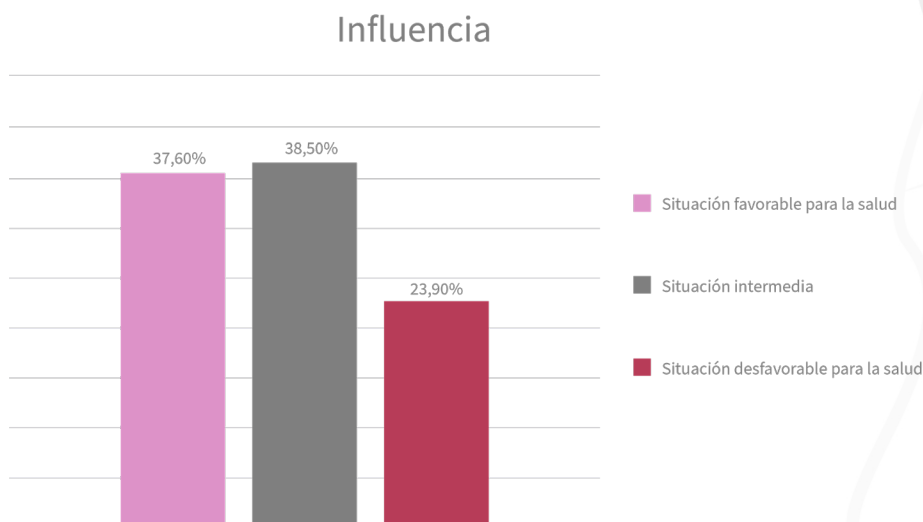
Figura 19. Relación entre el ritmo de trabajo y su relación en torno a la salud.



La mayor parte de la población encuestada (90,6%) considera que el ritmo de trabajo habitual actúa como factor desfavorable para la salud en el ámbito laboral.

e Influencia

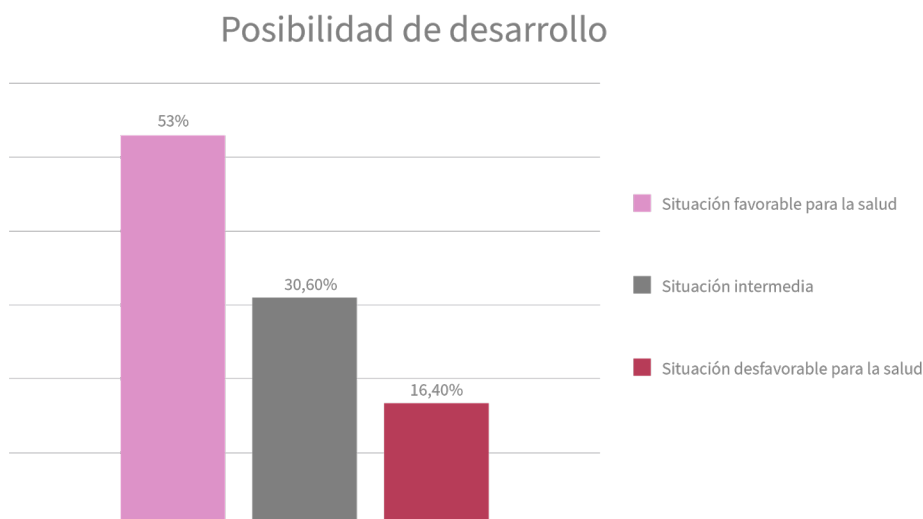
Figura 20. Relación entre la influencia como factor psicosocial y la salud.



Más de un tercio de la muestra (37,6%) considera que la influencia (entendida esta como la autonomía de la persona trabajadora en el día a día en relación al tipo, cantidad, orden y metodología de resolución de sus tareas) promueven un ambiente favorable para su salud. Sin embargo, casi un 40% considera que este factor promueve un ambiente intermedio y un 23,90% considera que promueve un ambiente desfavorable para su salud.

f Posibilidades de desarrollo

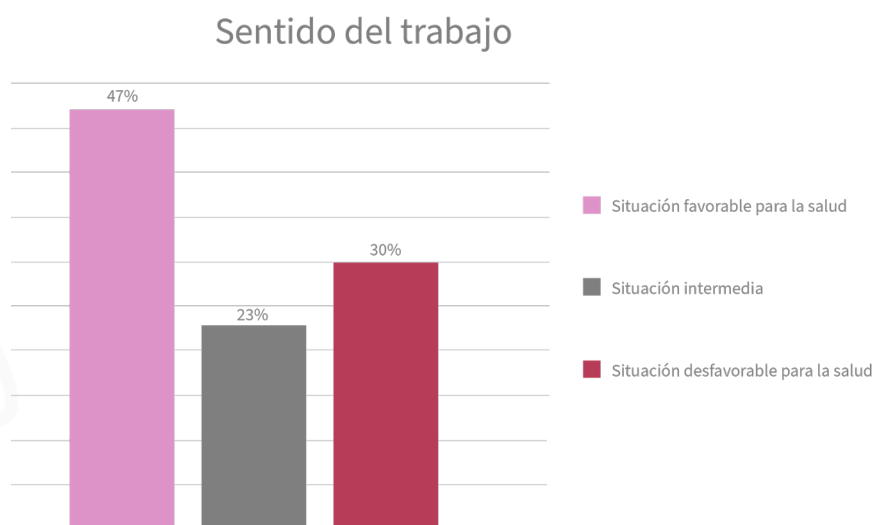
Figura 21. Relación entre las posibilidades de desarrollo y la salud.



La mayoría de las personas encuestadas (53%) considera que el rol que desempeña les ofrece oportunidades para poner en práctica sus conocimientos y habilidades y/o adquirir nuevos o que la complejidad y variedad de las tareas es adecuada, resultando esto en una situación favorable para la salud. Más de 1 de cada 3 percibe dicha situación como intermedia, en relación a la salud y un 16,4% considera que el trabajo es demasiado rutinario o estandarizado o bien excesivamente complejo o creativo.

g Sentido del trabajo

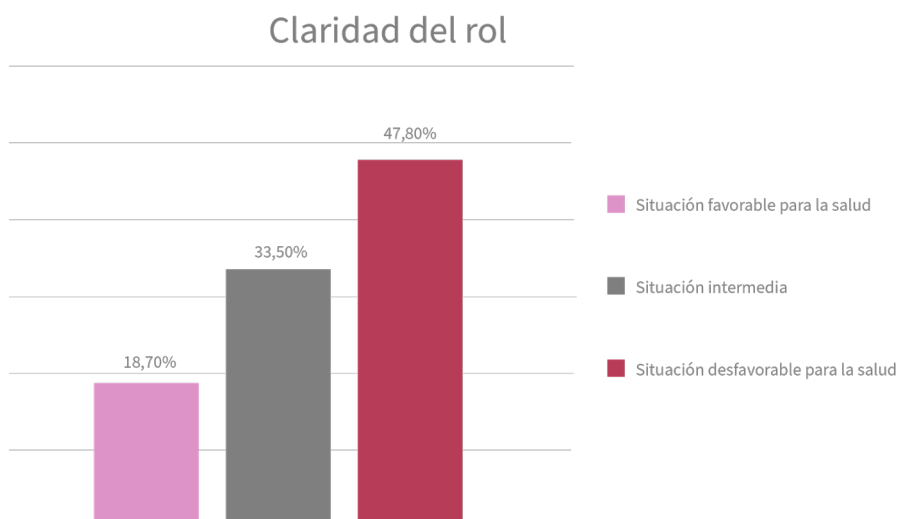
Figura 22. Relación entre el sentido del trabajo y la salud.



Casi la mitad de las personas trabajadoras (47%) refieren el darle sentido a su trabajo como una situación favorable para su salud. Sin embargo, encontramos que un 30% de la muestra refiere falta de sentido en su trabajo, es decir, no encuentra valor en sus tareas más allá de tener una ocupación o recibir una compensación económica por ello.

h Claridad del rol

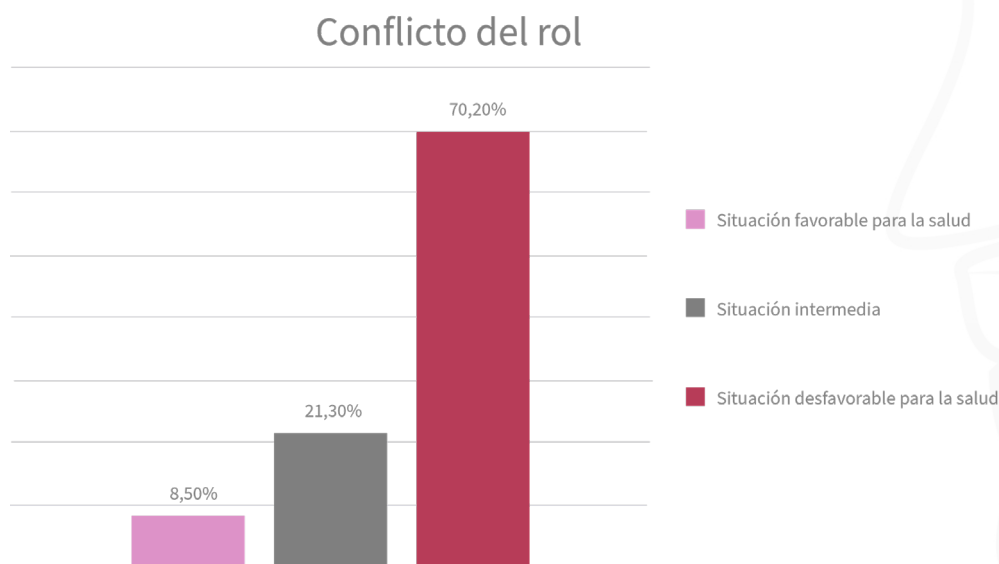
Figura 23. Claridad del rol de trabajo y su relación en torno a la salud.



Prácticamente la mitad de la muestra (47,80%) percibe que las tareas a llevar a cabo no están del todo claras o que su puesto de trabajo no está lo suficientemente bien definido para su correcto desarrollo, incurriendo esto en una situación desfavorable para la salud. Más de un tercio considera que esta variable no es determinante para su salud mientras que solamente un 18,7% considera que la definición o claridad del rol supone un beneficio para la salud. Con todo, se puede observar que a menor claridad del rol de la persona trabajadora más probabilidad de crear una situación desfavorable para ella pero una mayor claridad no influye directamente y de forma positiva en la salud.

i Conflicto del rol

Figura 24. Relación entre el conflicto de rol de trabajo y la salud.

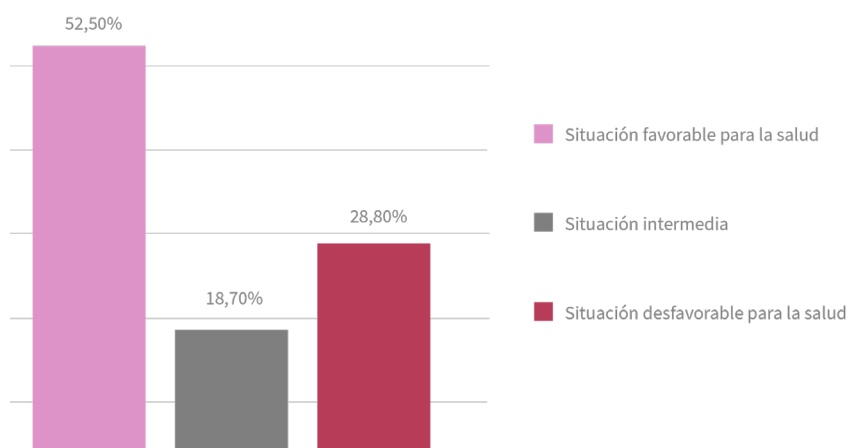


Supone un riesgo que el personal perciba que las tareas que realiza y se le exigen se realicen de maneras que éste considere no adecuadas, o que pudieran entrar en conflicto con otras de las exigencias. Un 70,2% de las personas encuestadas considera que estas exigencias, tareas o requerimientos de los diferentes actores que intervienen en su trabajo entran en conflicto con sus propios valores y creencias personales u otras tareas, suponiendo esto una situación desfavorable para la salud. Un 21,3% considera que la situación es intermedia mientras que un 8,5% no percibe esa interferencia.

j Inseguridad sobre las condiciones del trabajo

Figura 25. Inseguridad en las condiciones de trabajo y su relación en torno a la salud.

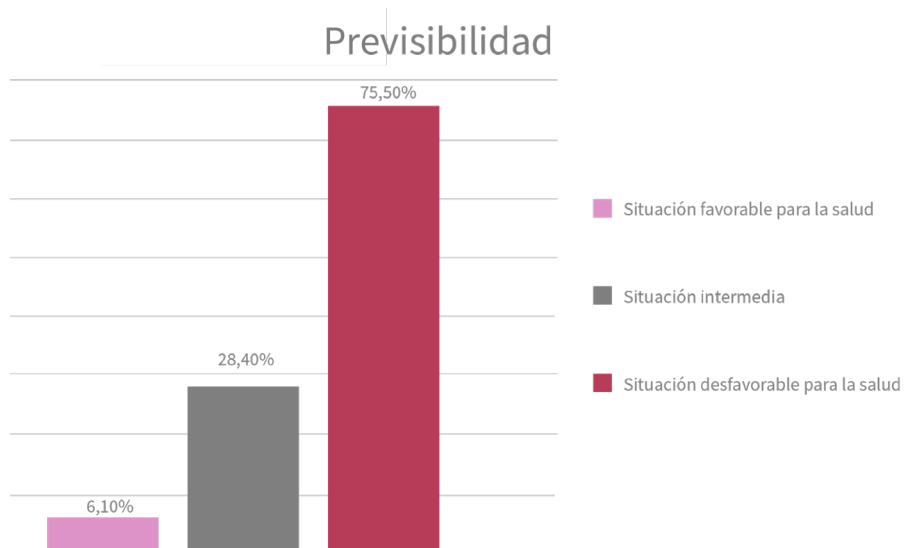
Inseguridad sobre las condiciones del trabajo



La mayoría de las personas encuestadas (52,5%) considera que las condiciones de trabajo (referidas a movilidad funcional y geográfica, cambios de la jornada y horario de trabajo, salario, forma de pago y carrera profesional) son favorables para la salud. Mientras que un 28,8% considera que son desfavorables y un 18,7% considera que la situación es intermedia (Véase Figura 25).

k Previsibilidad

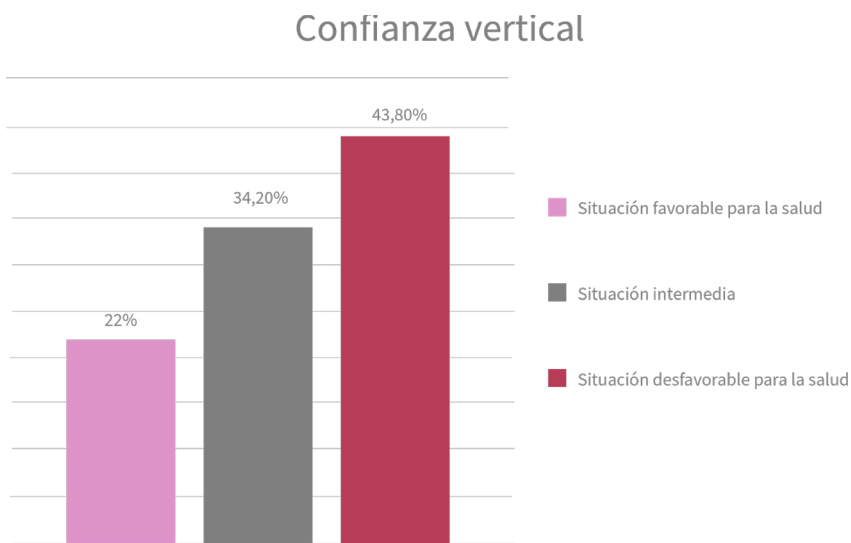
Figura 26. Relación entre la previsibilidad del trabajo y la salud.



De todas las encuestadas, 3 de cada 4 profesionales refieren que la falta de información, la falta de antelación y de aspectos relevantes para realizar su trabajo de manera adecuada, o incluso la falta de comunicación de proyectos importantes y sus modificaciones, llega a interferir negativamente en su salud laboral.

l Confianza vertical

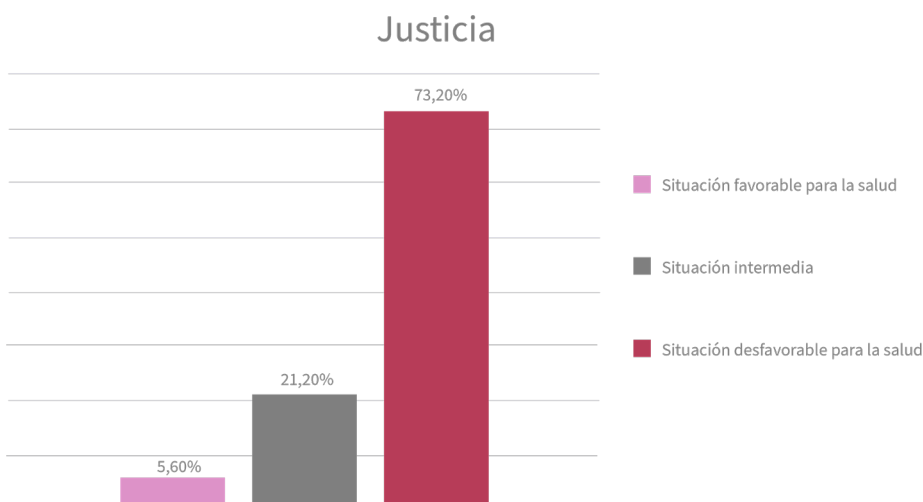
Figura 27. Confianza vertical y su relación con la salud.



Prácticamente la mitad de las personas trabajadoras encuestadas (43,80%) perciben que la desconfianza con sus superiores e inferiores en la jerarquía del puesto de trabajo incurre en una situación desfavorable para la salud. Por otro lado, más de un tercio de la muestra (34,20%) considera que esta variable no es determinante para su salud mientras que solamente un 22% considera que la confianza vertical supone un beneficio para la salud laboral.

m Justicia

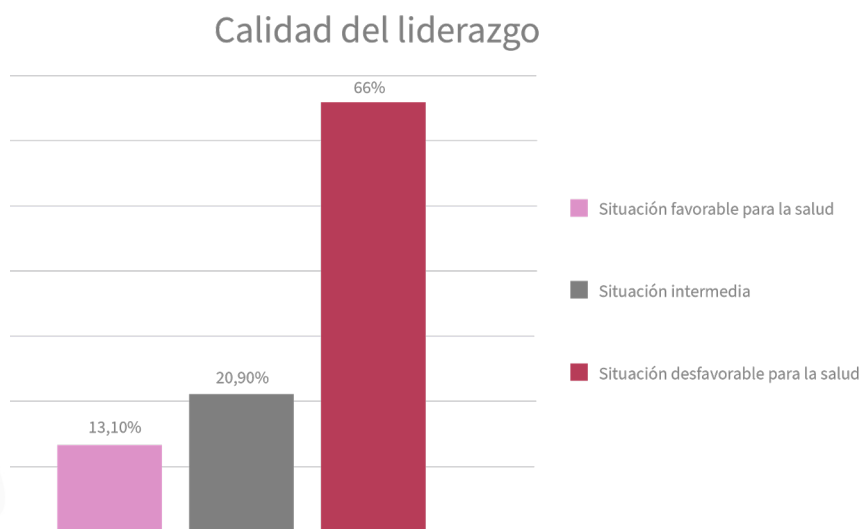
Figura 28. Percepción de justicia relacionada con la salud.



De toda la población encuestada, casi 3 de cada 4 profesionales refieren percibir situaciones injustas en cuanto a aspectos relacionados con la distribución de tareas y el manejo de los conflictos, derivando así en una situación desfavorable para su salud.

n Calidad del liderazgo

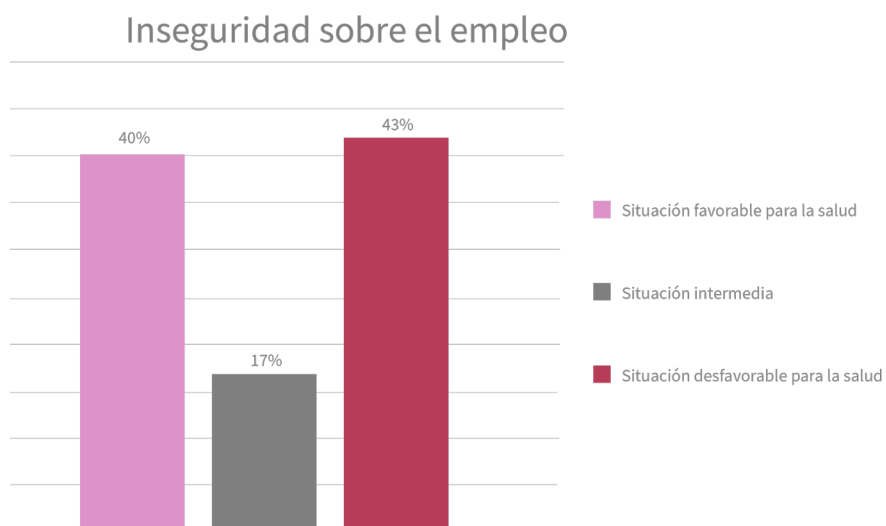
Figura 29. Relación entre la calidad en el liderazgo y la salud.



Un 66% de la muestra percibe que la calidad en la gestión de los equipos humanos que se realiza desde mandos inmediatos interfiere negativamente en su salud. Mientras que un 20,6% considera que la interferencia es intermedia, mientras que un 13,1% considera que resulta favorable para su salud.

o Inseguridad sobre el empleo

Figura 30. Relación entre la calidad en la inseguridad sobre el empleo y la salud.



Con respecto a la seguridad-inseguridad sobre el empleo desempeñado, tal y como se muestra en la Figura 30, encontramos niveles semejantes en profesionales que consideran este factor como una situación favorable para la salud (40%) y quienes lo consideran como un factor de riesgo para una situación desfavorable para la salud (43%).

p Tabla resumen

Podemos concluir en la Tabla 5 qué riesgos psicosociales del trabajo son los más prevalentes, y por tanto aquellos que requieren de soluciones más inmediatas; así como aquellos en los que podemos describir con cierto grado de optimismo que la salud del colectivo no se ve tan afectada.

Las prevalencias en cuanto a las situaciones desfavorables para la salud nos dan a entender que, especialmente, el ritmo de trabajo y las exigencias cuantitativas resultan excesivas para una amplia mayoría de la muestra. En menor medida, pero también en un alto grado de prevalencia, la falta de previsibilidad, las situaciones de injusticia y el conflicto de rol actuarían como aspectos desfavorables para la salud de la población encuestada.

Por otro lado, en cuanto a aquellas condiciones del entorno laboral que las personas encuestadas encontrarían como favorables, observamos que las posibilidades de desarrollo y la seguridad en cuanto a las condiciones de trabajo son percibidas como positivas por algo más de la mitad de la muestra. A su vez, casi la mitad de las personas encuestadas encuentran que el trabajo desempeñado encaja con sus valores, se ven capaces de afrontar las exigencias emocionales requeridas para sus funciones y se encontrarían seguras en cuanto a su empleo.

Tabla 5. Resumen de las dimensiones psicosociales con peores y mejores resultados.

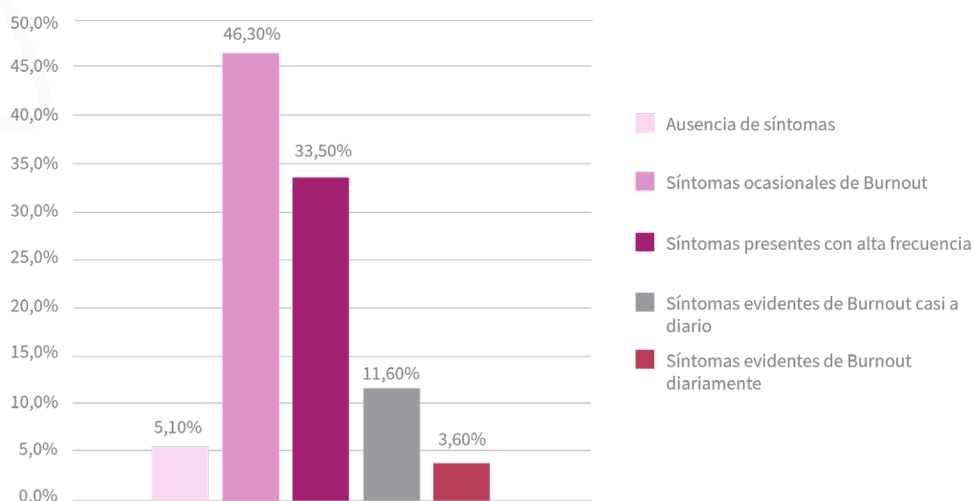
Aspectos psicosociales más valorados como desfavorables		Aspectos psicosociales más valorados como favorables	
Aspecto	% valoración desfavorable	Aspecto	% valoración favorable
Ritmo de trabajo	90,60%	Posibilidades de desarrollo	53%
Exigencias cuantitativas	85,50%	Inseguridad sobre las condiciones de trabajo	52,50%
Previsibilidad	75,50%	Sentido del trabajo	47%
Justicia	73,20%	Doble presencia	44,50%
Conflicto de rol	70,20%	Inseguridad sobre el empleo	40%

4.6. Índices de efectos psíquicos del Burnout

El síndrome de burnout, también conocido como síndrome del trabajador/a quemado/a, es un trastorno/daño psicosocial definido como: “Un estado mental persistente, negativo y relacionado con el trabajo, en individuos “normales”, caracterizado principalmente por agotamiento, acompañado por malestar psicológico, sensación de baja competencia, disminución de la motivación, y el desarrollo de actitudes disfuncionales en el trabajo “(Schaufeli y Enzmann,1998).

Existen varios tipos de manifestaciones que pueden indicarnos que el trastorno se ha manifestado en el individuo o que se encuentra en riesgo de padecerlo, tales como la negación, aislamiento, ansiedad, miedo o temor, depresión, ira, adicciones, cambios de personalidad, culpabilidad e incluso trastornos del sueño.

Figura 31. Prevalencia de sintomatología asociada al Burnout.



Porcentaje de los profesionales de SS

Estudiando la sintomatología relacionada con el Burnout, prácticamente la totalidad de las personas encuestadas reconoce padecer síntomas. Un 46,3% del personal muestra síntomas ocasionales de Burnout, y casi la mitad de la muestra, concretamente un 48,7%, señala sintomatología relacionada con el **Burnout** en niveles que abarcan desde la alta frecuencia hasta síntomas evidentes diariamente, tales como el agotamiento, el desánimo, la irritabilidad, la afectación negativa en la salud, etc..(Véase Figura 31).

4.7. Violencia durante la actividad laboral

En relación a la violencia ejercida durante su actividad laboral por parte de las personas usuarias, se ha encontrado que un 12,1% afirma haber sufrido un ataque de forma física, un 74,8% haber sufrido ataques verbalmente, un 4,4% afirma haber sufrido violencia sexual mientras que un 25,4% ha respondido haber sufrido violencia de otras formas como destrozos de objetos, mobiliario, portazos, etc.

Si comparamos estos tipos de violencia en función del género se observa cómo las mujeres son víctimas en más ocasiones que los hombres, a excepción de la violencia física donde los hombres serían más receptores de este tipo por casi 4 puntos porcentuales.

Dentro de los diferentes colectivos profesionales, el más agredido físicamente ha sido el del personal sociosanitario (enfermería y psicología principalmente) donde el 20,3% se ha visto en esta situación; como víctimas de agresiones verbales se ha identificado el 84,1% del colectivo de trabajo social siendo el colectivo mayoritariamente afectado; el personal auxiliar SAD ha sido el mayor agredido de manera sexual, llegando al 8,9% de su plantilla; y respecto de agresiones de otra índole encontramos que nuevamente ha sido el personal sociosanitario el colectivo que lo ha sufrido en mayor proporción, alcanzando el 30,4% de la muestra.

Figura 32. Tipo y porcentaje de violencia recibida por parte de las personas usuarias.

Violencia recibida por parte de personas usuarias

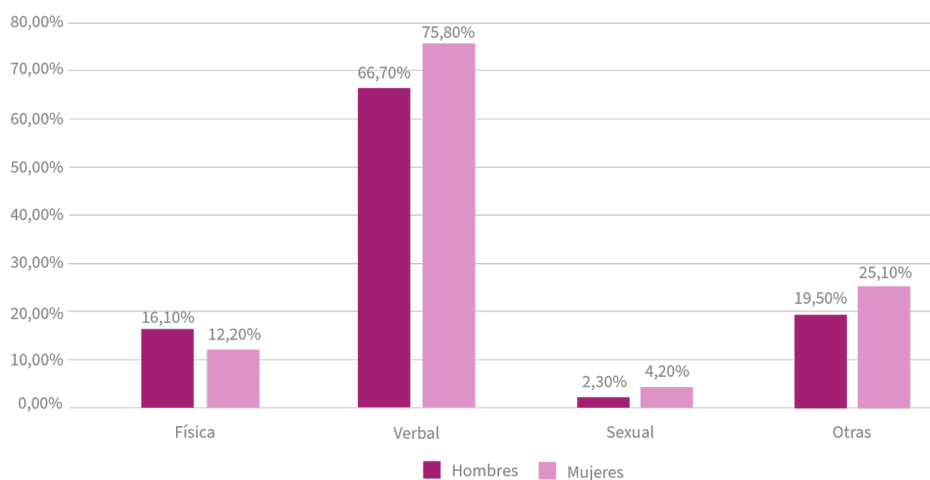


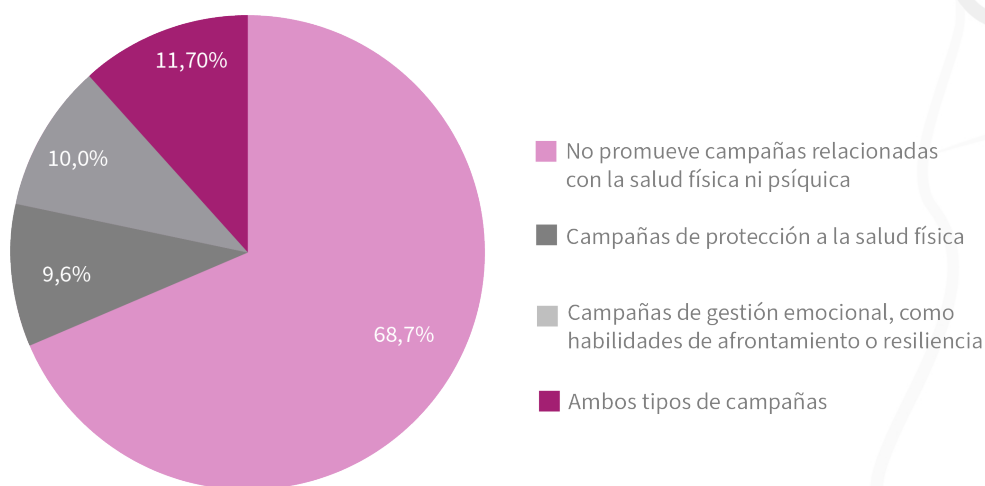
Tabla 6. Tipos de violencia sufrida para cada colectivo.

	Violencia física	Violencia verbal	“Me han atacado de forma sexual”	Otros tipos de violencia (destroz de objetos, mobiliario, portazos...)
Aux SAD.	13,3%	46,7%	8,9%	11,1%
Profesionales de Educación Social.	16,3%	74,5%	2,8%	27,0%
Personal de Coordinación y gestión.	4,5%	54,5%	0,0%	6,8%
Profesional sociosanitario.	20,3%	72,2%	6,3%	30,4%
Recepción y administración.	4,1%	62,2%	1,4%	20,3%
Profesionales de Trabajo Social.	11,8%	84,1%	4,3%	26,5%



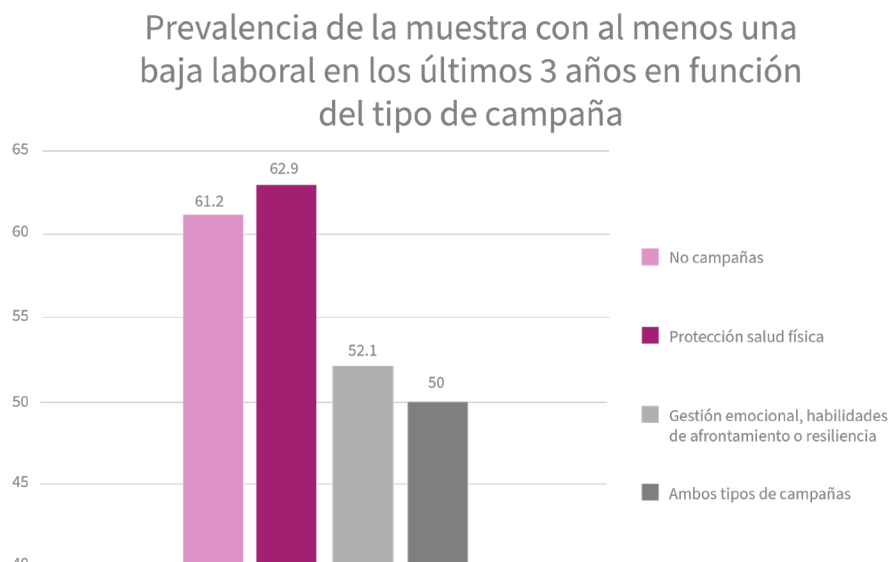
4.8. Efectos de la promoción de campañas de protección de la salud

Figura 33. Promoción de campañas sobre salud física y/o psíquica.



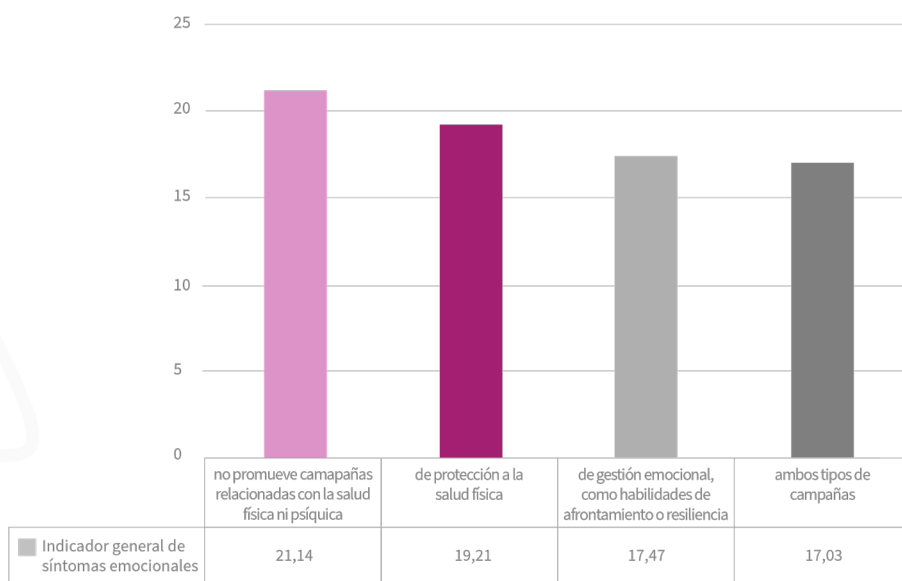
Un 68,7% de las personas participantes afirman que en su ámbito laboral no se proponen campañas de protección de la salud física ni emocional. Entre el 31,3 restante que sí afirman que sus entidades promueven estas campañas, un 11,7% serían campañas relacionadas tanto con la salud física como con la salud mental, un 10% campañas de gestión emocional y un 9,6% campañas más enfocadas hacia la salud física (Véase Figura 33).

Figura 34. Prevalencia de la muestra con al menos una baja laboral en los últimos tres años en función del tipo de campaña recibida en el entorno laboral.



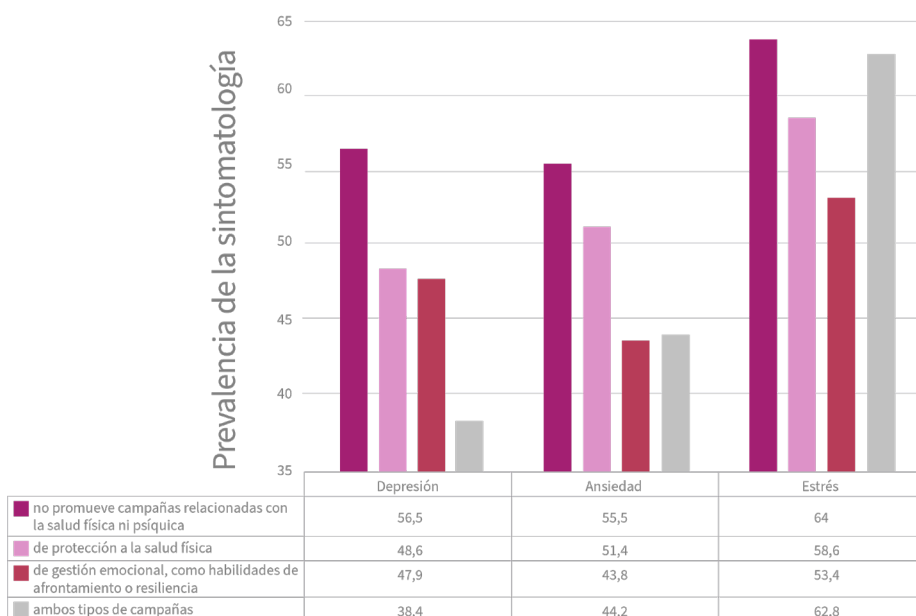
En una horquilla de tres años, encontramos que en aquellos lugares donde no se han hecho campañas de prevención para la salud, el 61,2% de la gente ha recibido al menos una baja médica o laboral. Sin embargo, quienes han recibido campañas de gestión emocional y habilidades de afrontamiento disminuyen de 9 puntos porcentuales respecto a la no aplicación de campañas. Por otro lado, la combinación de las mencionadas campañas con aquellas relacionadas con la protección de la salud física logran una disminución de 13 puntos porcentuales respecto de sólo aplicar campañas de protección de la salud física (Véase Figura 34).

Figura 35. Relación entre la sintomatología de salud mental y las acciones de promoción de la salud.



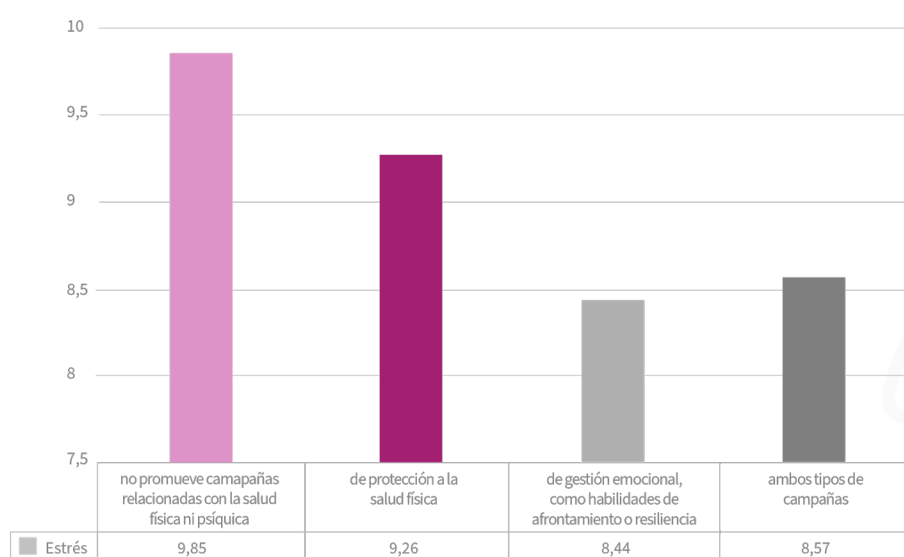
Este es el índice general de la evaluación de sintomatología de salud mental y su relación con las acciones de promoción de la salud. Nos muestra que existe una relación entre el uso de campañas preventivas y la disminución de las puntuaciones en los indicadores generales de salud mental (Véase Figura 35).

Figura 36. Relación entre la sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés y las acciones de la promoción de la salud.



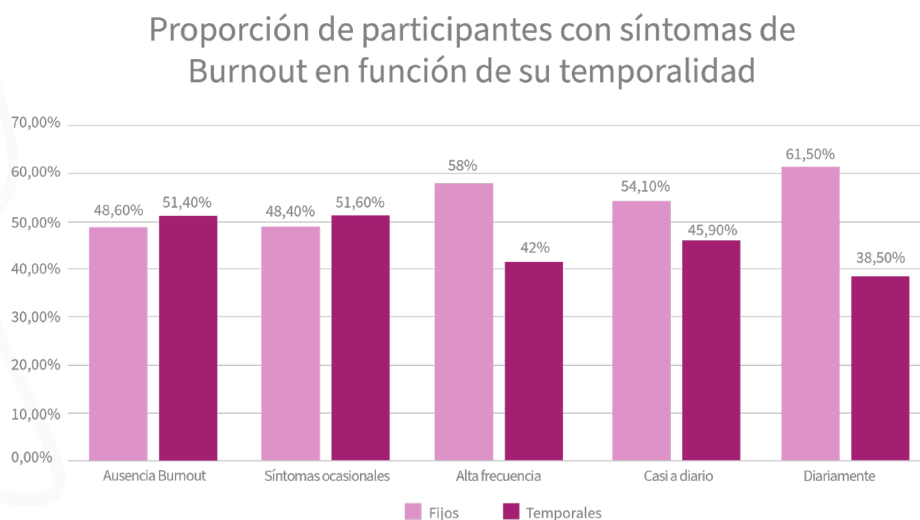
Esta tabla (Figura 36) muestra los indicadores específicos de depresión, ansiedad y estrés en relación a los efectos de las campañas de salud tanto depresión como ansiedad bajan en intensidad y prevalencia de manera significativa, (18 puntos porcentuales para depresión y más de 10 puntos porcentuales para ansiedad). También resultan llamativos los efectos de las campañas sobre el estrés, que sí bien apenas disminuye su prevalencia un dos por ciento, disminuye en intensidad de la sintomatología como muestra la siguiente gráfica.

Figura 37. Relación entre los efectos de las campañas de salud y los indicadores de estrés.



4.9. Relación de la temporalidad laboral y sintomatología emocional

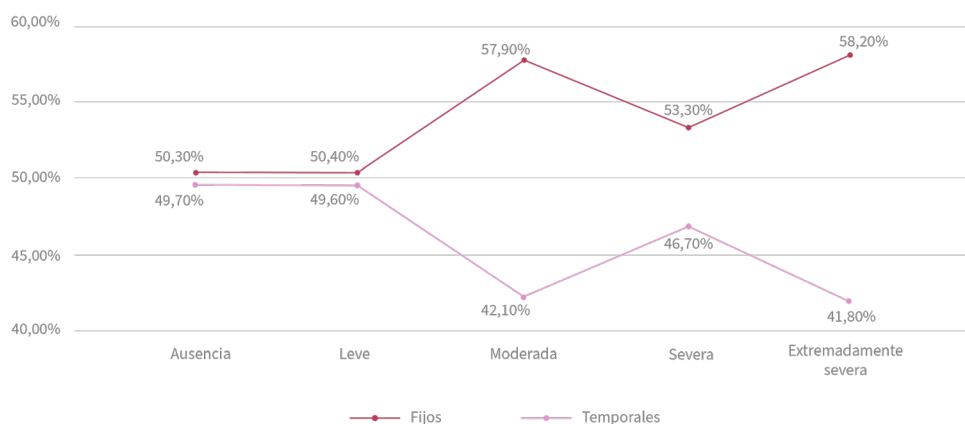
Figura 38. Proporción de participantes y frecuencias de síntomas de *Burnout* en función del tipo de contratación.



Al valorar la distribución de la sintomatología de *Burnout* en las personas trabajadoras, cabe esperar que, si no hubiera diferencias, el porcentaje de personal fijo y temporal sería del 53 y 47% respectivamente. Sin embargo, se observa cómo a medida que la sintomatología se agrava existe una mayor preponderancia de trabajadores y trabajadoras fijos. Esto podría explicarse en relación al tiempo trabajado en el puesto, así como las características que presenta el puesto desempeñado más que al tipo de contratación *per se* (Véase Tabla 4).

Figura 39. Proporción de participantes y niveles de depresión en relación a su tipo de contrato.

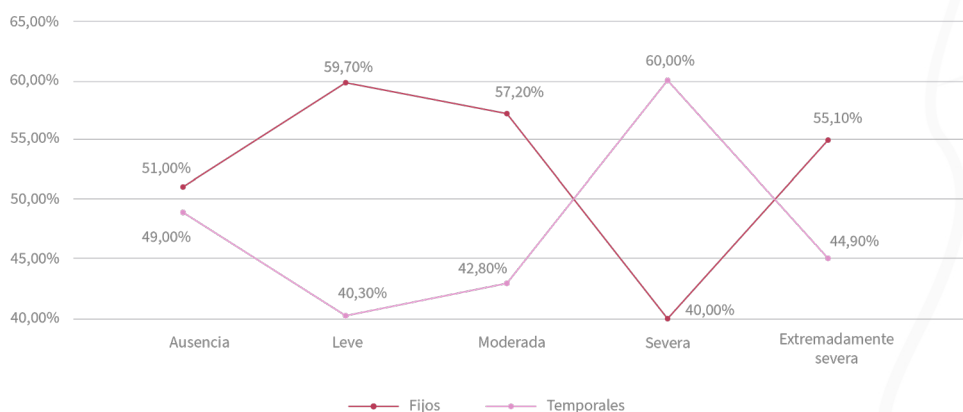
Porcentaje de participantes con sintomatología depresiva según su tipo de contrato



Si siguiendo con la proporción esperable del 53% para el personal con contrato fijo y 47% para temporal, podemos ver que hay una menor proporción de la esperada en los valores con menor sintomatología de personas con contratos fijos. A este hecho se le añade una mayor presencia de la esperable tanto en sintomatología moderada como extremadamente severa, mostrando una mayor afectación en sintomatología depresiva de las personas contratadas fijas.

Figura 40. Proporción de participantes y niveles de ansiedad en relación a su tipo de contrato.

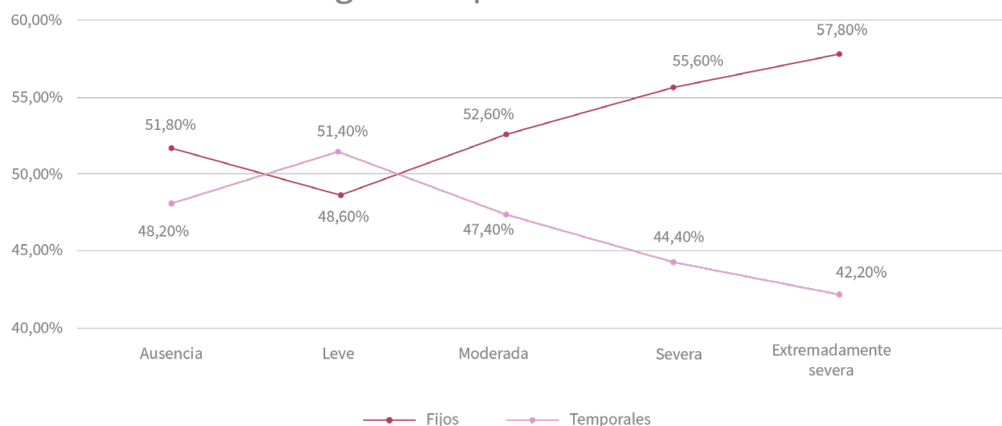
Porcentaje de los participantes con sintomatología ansiosa según su tipo de contrato



Similar a los datos de depresión, respecto a la sintomatología ansiosa se ve una mayor prevalencia conforme aumenta la gravedad de los síntomas en el personal con contrato fijo, a excepción de la sintomatología severa donde hay una mayor proporción de la esperable (60% frente al 47% estimado) de personal con contrato temporal.

Figura 41. Proporción de participantes y niveles de estrés en relación a su tipo de contrato.

Porcentaje de los participantes con sintomatología de estrés según su tipo de contrato



Al respecto de la sintomatología relacionada con el estrés, se pueden comprobar valores cercanos a lo esperable porcentualmente excepto para los mayores grados de sintomatología, donde la proporción de contratos fijos es superior a la esperable, indicando una mayor afectación en este colectivo.

4.10. Inversión en las comunidades y su repercusión sobre el colectivo

El Índice DEC abarca tres ámbitos relevantes en el desarrollo del Sistema Público de Servicios Sociales, que son los Derechos y decisiones políticas (D), la relevancia Económica (E) y la Cobertura de servicios (C). Este índice se ha propuesto valorar las estructuras y presupuestos de los Servicios Sociales a nivel nacional. Se ha procedido a valorar las diferencias en los marcadores estudiados en función de los índices propuestos.

Tabla 7. Índices DEC.

Índices DEC				
Irrelevante	Débil	Medio-bajo	Medio	Excelente
Canarias	Cantabria	Andalucía	Castilla y León	País Vasco
Comunidad de Madrid	Comunitat Valenciana	Castilla La Mancha	Principado de Asturias	Comunidad foral de Navarra
Región de Murcia	Galicia	Baleares, Aragón		
		Extremadura, La Rioja, Cataluña		

Datos extraídos de https://directoressociales.com/wp-content/uploads/2021/05/INFORME-DEC-2020_def_baja.pdf

Índices salud mental en función del nivel DEC

Figura 42. Prevalencia de la sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés en función del índice DEC.

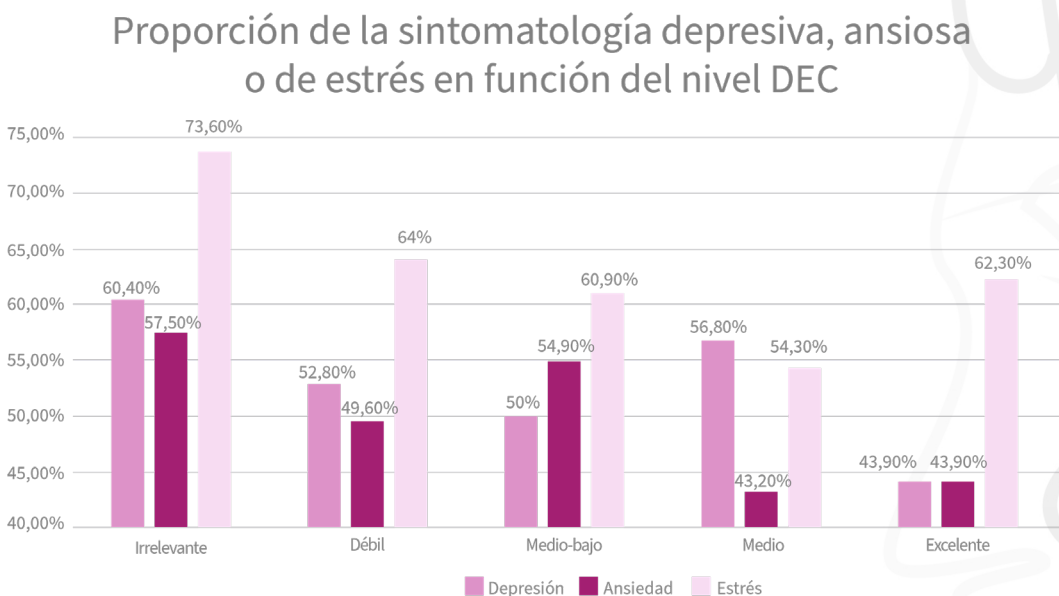
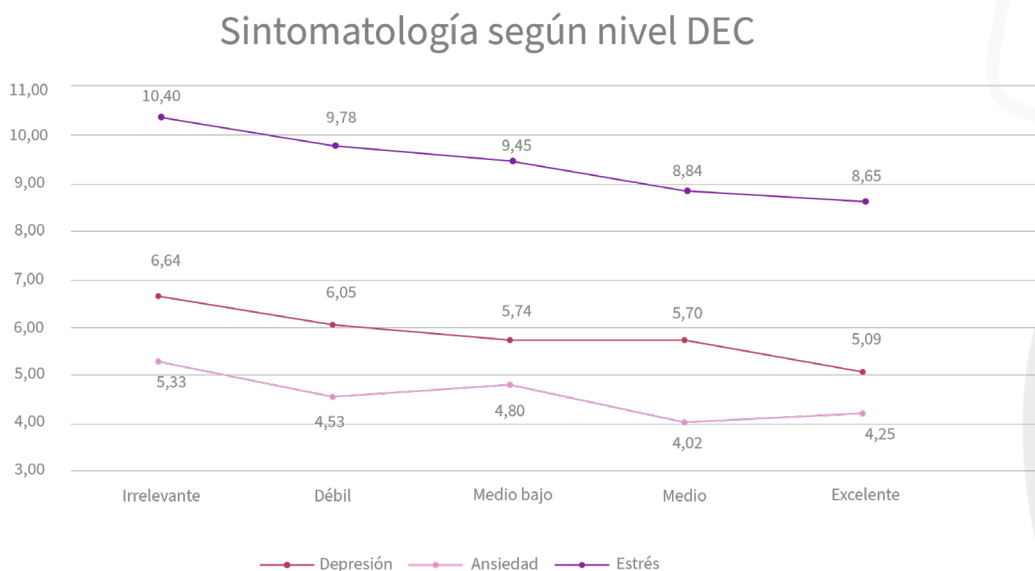


Figura 43. Puntuación media obtenida en el cuestionario para cada patología en función de los niveles DEC



Comparando los indicadores de depresión, estrés y ansiedad en relación a la inversión que se lleva a cabo a nivel autonómico en los servicios podemos observar un impacto tanto a nivel de prevalencia como en intensidad de la sintomatología (Véase Figura 42 y Figura 43).

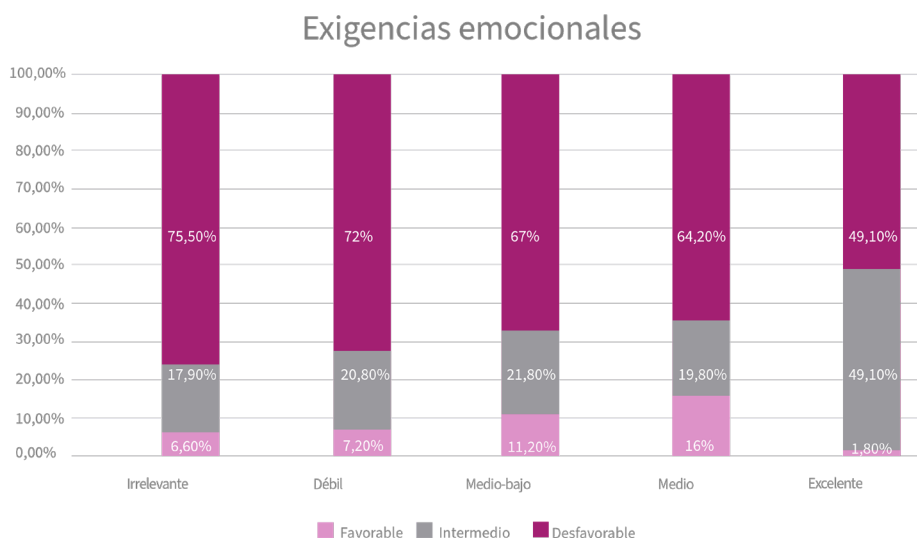
En el caso de la sintomatología de carácter depresivo, observamos una tendencia descendente según aumenta el nivel de inversión comunitaria; se aprecia un pico de aumento en la prevalencia en las comunidades con un nivel medio de inversión (56,8%), pero es en aquellas comunidades con un nivel de inversión calificado como excelente donde encontramos los niveles de prevalencia más bajos. Con respecto a la gravedad de la sintomatología depresiva, se aprecia una tendencia a la baja, siendo las comunidades con mayor índice DEC aquellas con menor gravedad de síntomas depresivos.

En el caso de la ansiedad encontramos un efecto similar, siendo que las comunidades con índices DEC de nivel medio o excelente aquellas con una incidencia significativamente menor en comparación con aquellas de niveles inferiores. En cuanto a la gravedad de los síntomas ansiosos, encontramos una vez más una tendencia a la baja, con un ligero aumento de la sintomatología en las comunidades de nivel medio-bajo.

De cara al estrés, nos llama la atención el nivel de prevalencia con respecto a los otros índices, siendo que tres de cada cuatro personas trabajadoras de aquellas comunidades con menor inversión presentan sintomatología de estrés. De manera similar a los demás indicadores, la incidencia tiende a bajar según aumenta el nivel de inversión, si bien encontramos un pico llamativo en las comunidades con un nivel DEC catalogado como excelente. En cuanto a la gravedad de los síntomas, sin embargo, se mantiene la tendencia descendente.

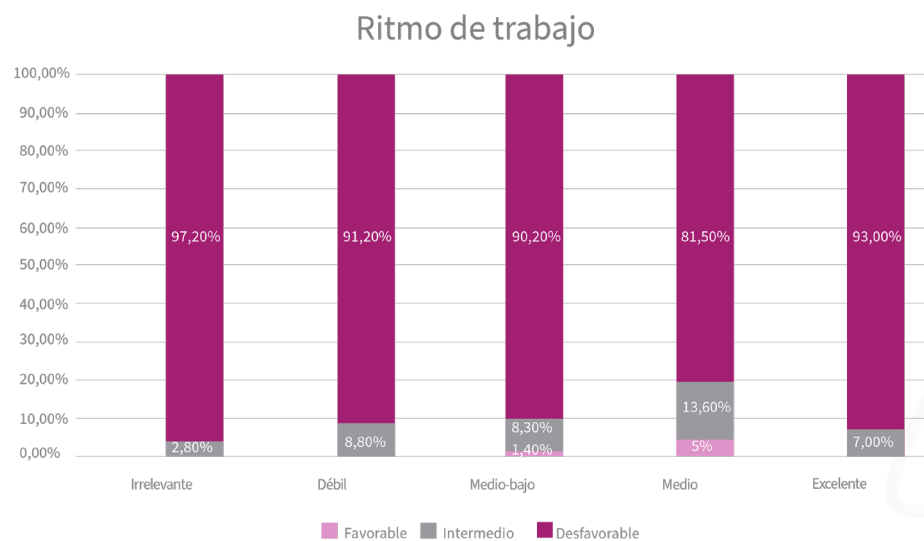
Índices de riesgos psicosociales con marcadas diferencias en función del nivel DEC

Figura 44. Índices de riesgos psicosociales con marcadas diferencias en función del nivel DEC: Exigencias emocionales.



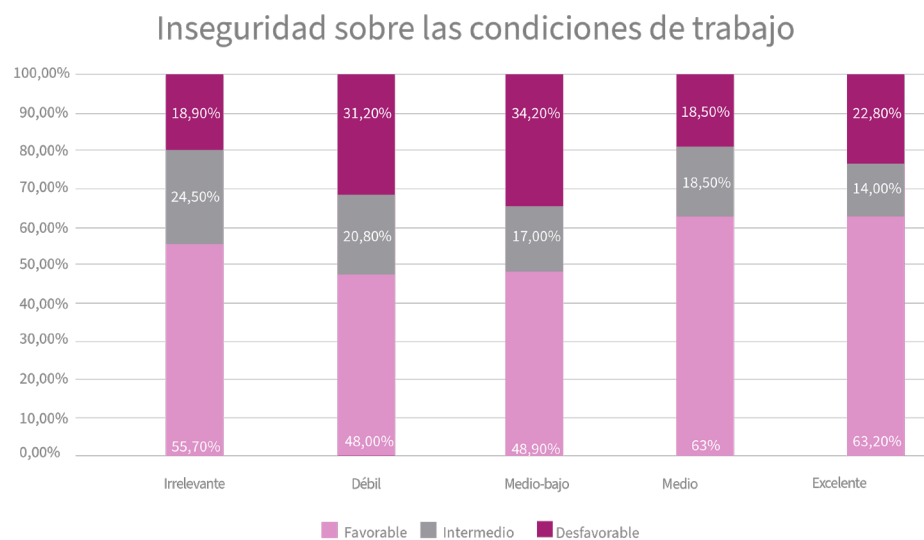
En base a los datos obtenidos, podemos observar que el nivel de inversión comunitaria repercute en la percepción de las personas trabajadoras en cuanto a la exigencia emocional de su puesto de trabajo. Según aumenta la inversión comunitaria, disminuye el porcentaje de personas en una situación desfavorable. Debe señalarse que se observa el menor porcentaje de gente que considera su situación favorable en las comunidades con el nivel de excelente.

Figura 45. Índices de riesgos psicosociales con marcadas diferencias en función del nivel DEC: Ritmo de trabajo.



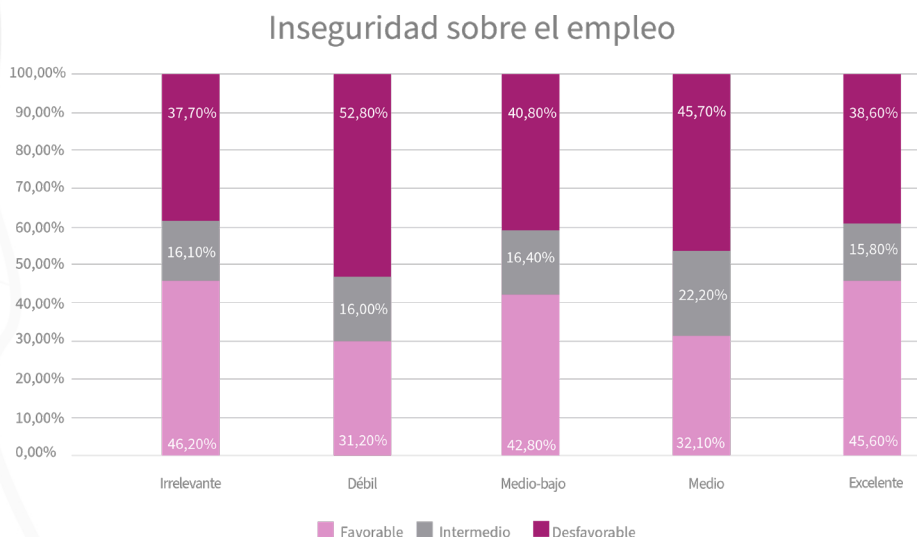
El incremento de la inversión parece reducir la prevalencia de situaciones catalogadas como desfavorables en relación al ritmo de trabajo. Sin embargo, se encuentra la excepción de las comunidades con un nivel excelente de inversión, donde el ritmo de trabajo es igualmente categorizado como desfavorable en un alto porcentaje.

Figura 46. Índices de riesgos psicosociales con marcadas diferencias en función del nivel DEC: Inseguridad sobre las condiciones de trabajo.



En cuanto a la inseguridad percibida sobre las condiciones de trabajo (características relacionadas con la movilidad, cambios en jornada y aspectos salariales), se aprecia que, cuanto mayor es la inversión comunitaria, mayor porcentaje de las personas trabajadoras considera su situación favorable.

Figura 47. Índices de riesgos psicosociales con marcadas diferencias en función del nivel DEC: Inseguridad sobre el empleo.



De manera similar a los índices de seguridad sobre las condiciones, y como podemos apreciar en la Figura 47, encontramos una distribución más desigual sobre las condiciones percibidas por las personas encuestadas en cuanto a la inseguridad sobre el empleo en relación a los índices DEC. Las condiciones percibidas como desfavorables van disminuyendo según aumenta la inversión comunitaria, pero encontramos elevados porcentajes de personas con una situación favorable en comunidades con índices DEC de carácter irrelevante y medio-bajo. Esto coincide con el porcentaje de personal fijo en estas comunidades, siendo que en aquellas comunidades con índices DEC irrelevantes el porcentaje de personas trabajadoras con contrato fijo es del 57,5%, del 56% en las comunidades con nivel medio-bajo y del 47,4% en las comunidades con un nivel excelente.

Tabla 8. Distribución de tipos de contratos en función de los niveles DEC.

	Calificación DEC por niveles					Total
	Irrelevante	Débil	Medio-bajo	Medio	Excelente	
Contrato fijo	57,5%	46,4%	56,0%	43,2%	47,4%	52,4%
Contrato temporal	42,5%	53,6%	44,0%	56,8%	52,6%	47,6%

5. Discusión, reflexiones y posibles propuestas de intervención

5.1. Reflexiones y propuestas desde CCOO

5.1.1. Conclusiones CCOO

La preocupante situación de la salud psicológica del personal de los servicios sociales públicos pone en evidencia fallos en la aplicación de las políticas de prevención por parte de las administraciones públicas. La Administración tiene una enorme responsabilidad en la salud laboral de los trabajadores y trabajadoras. La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL 31/1995, de 8 de noviembre) no solo obliga a la Administración, como empleadora, a implantar medidas de prevención, sino que además su papel va más allá: debe promover la prevención, el asesoramiento técnico, la vigilancia y el control en todas las empresas (art. 7 LPRL, de 8 de noviembre). En este sentido, que la salud física y mental de las personas que trabajan en los servicios públicos se halle deteriorada, como demuestra este estudio en el ámbito de los servicios sociales, nos lleva a reclamar con mayor insistencia medidas que reviertan esta situación, y acciones de prevención que frenen la aparición de nuevos problemas de salud en los trabajadores y trabajadoras públicas.

Para **CCOO** hablar de salud laboral del personal que trabaja para la Administración es hablar de salud y calidad de los servicios públicos y, por extensión, de la salud de la ciudadanía en general. Es inevitable preguntarse cómo atender a una población en situación de necesidad y acompañamiento social, cuando los y las profesionales tienen limitadas sus capacidades por su estado de salud. Nos encontramos, por tanto, ante una situación de vital importancia, ya que está en juego no solo la salud del personal de los servicios sociales, sino también la salud de la población que acude a ellos.

En esta reflexión vamos a hacer un repaso de los resultados del estudio que nos han parecido más relevantes desde un punto de vista sindical y laboral. Como veremos a continuación, hablaremos de los efectos sobre la salud emocional del personal de los servicios sociales debido a la falta de una adecuada política de prevención; destacaremos los riesgos psicosociales ligados a las condiciones

y organización del trabajo que afectan a este personal; y sobre la necesidad, así como de la efectividad y rentabilidad -no solo en términos de salud, sino también en términos económicos-, de destinar más recursos por parte de las administraciones a la prevención de los riesgos psicosociales.

Empezaremos por hablar de la cuestión fundamental: **el estado de la salud psicológica de los trabajadores y trabajadoras de los servicios sociales públicos**. Los resultados del estudio dicen que la prevalencia de sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés es más elevada en el personal técnico de los servicios sociales que en otros grupos poblacionales. Más de la mitad de las personas que han participado en la investigación han padecido sintomatología ansiosa y depresiva, mientras que otros estudios, hablan de porcentajes de afectación de 32,2 y 38,9 %, concretamente al hablar de la sintomatología depresiva. (Ozamiz-Etxebarria et al., 2021 & Reno-Chanca et al., 2021)

Otro de los problemas de salud emocional que se han detectado ha sido el **síndrome de la persona empleada quemada** (o también llamado síndrome de *Burnout*). El 94,9 % de la muestra afirma tener síntomas de cansancio físico, emocional y desmotivación hacia el trabajo que son propios de esta dolencia. Asimismo, casi la mitad (48,7%) señala sentir niveles elevados de cansancio mental y físico que abarcan desde la alta frecuencia hasta síntomas evidentes de forma diaria.

Y también se han analizado las **bajas médicas** como indicador de salud. Así pues, los resultados dicen que nada menos que el 60 % del personal señaló que le fue prescrita al menos una baja médica en los últimos 3 años. En cuanto al motivo de las bajas, la mayoría de ellas fue debido a enfermedad común (40,2 %), aunque sobre esto hay que tener en cuenta que muchas de las bajas que son prescritas como enfermedades comunes vienen derivadas de factores como el estrés o la ansiedad laboral, que se manifiestan en dolencias físicas y que son catalogadas como enfermedades comunes, pero que como decimos tienen un origen emocional.

Riesgos psicosociales

La salud física y emocional de las personas que trabajan está relacionada **con los riesgos psicosociales**. Estos riesgos son aquellas condiciones de trabajo derivadas de la organización del trabajo que pueden perjudicar la salud de los trabajadores y trabajadoras. (INSST, 2018) Por eso, su correcta detección y evaluación es muy importante para obtener las claves de hacia dónde debe ir la política de prevención de riesgos psicosociales.

Entre los factores que más repercuten en la salud de este colectivo está el **elevado ritmo de trabajo**. La carga laboral excesiva y la imposibilidad de tener espacios para programar, evaluar y valorar la actuación profesional más adecuada, afecta no solo a la salud del personal sino también al rendimiento y productividad de la plantilla. Uno de los argumentos con el que se ha relacionado la excesiva carga de trabajo es la **falta de personal** en relación a las necesidades

de atención que demandan los servicios sociales. Si la escasez de personal, ya se daba antes de la pandemia, la crisis sanitaria ha agravado la situación debido al aumento de nuevas personas usuarias. Respecto a esta cuestión, **la inmensa mayoría de las personas que han participado en el estudio (95 %) considera que la falta de personal repercute en su salud.**

Otros factores que influyen fuertemente de modo negativo sobre la salud del personal son **la violencia laboral, el conflicto de rol, el sentido de no ser tratado de forma justa y la falta de previsibilidad en las tareas.** Más del 70 % de la muestra de participantes –más o menos 3 de cada cuatro personas– han señalado que estos aspectos afectan negativamente a su salud. De todos ellos, queremos destacar **la violencia laboral** frecuente en este colectivo de trabajadores y trabajadoras. Las trabajadoras señalan haber padecido situaciones de violencia en el entorno laboral en una proporción más elevada que los trabajadores varones. Si bien, estos últimos señalan haber sufrido algunas situaciones más de violencia física que sus compañeras. Además del componente de género, el tipo de puesto de trabajo condiciona también el grado de vulnerabilidad a padecer violencia. En términos generales, el colectivo de profesionales de trabajo social es el que más violencia recibe especialmente de tipo verbal, aunque un porcentaje significativo ha padecido también violencia física. Por otro lado, los colectivos sociosanitarios y de educación social son los que han sufrido más violencia física.

Y también queremos mencionar como factores negativos **la inseguridad con respecto al empleo y la relación con los mandos superiores.** El miedo a la pérdida del empleo fue señalado por el personal temporal como factor que influye en su estado emocional. Recordemos que la tasa de temporalidad en los servicios sociales es nada menos que del 49,8 % según los últimos datos de la EPA (4º trimestre 2021). En cuanto a la relación con los mandos superiores, prácticamente la mitad de las personas trabajadoras encuestadas (43,8 %) perciben que la desconfianza con sus superiores e inferiores en la jerarquía del puesto de trabajo afecta a su estado de salud. Así mismo, el 66 % percibe que la gestión de equipos humanos que realizan los mandos intermedios es inadecuada y que esto interfiere en su salud. Por tanto, la formación del personal de coordinación y dirección en gestión de equipos y organización del trabajo parece fundamental para prevenir y mejorar los indicadores de salud.

Por otro lado, conviene señalar los factores que influyen de forma positiva en la salud del personal. Los aspectos mejor valorados han sido la **seguridad sobre las condiciones del trabajo**, especialmente entre el personal indefinido, y el **sentido del trabajo**. Lo cual muestra lo importante que es para la salud física y mental tener buenas condiciones laborales y la dedicación a una profesión que es autopercebida como necesaria.

Herramientas de prevención de riesgos psicosociales

A la existencia de riesgos laborales y la dificultad para controlarlos, se une la falta de conciencia plena sobre su gravedad y repercusión en la salud del personal y de las propias organizaciones (INSST, 2018). Un indicador que muestra la preocupación institucional y de las empresas sobre la salud laboral de su personal es **la inversión en herramientas de prevención.** El estudio nos muestra una

deficiente inversión en este tipo de herramientas por parte de los gestores de los servicios sociales: el **68,7 %** de las personas que han participado en el estudio señalan que **no se han realizado campañas de sensibilización, ni se han puesto en práctica herramientas para la protección física y emocional** en los lugares donde trabajan.

Una de las conclusiones más reveladoras del estudio ha sido **la correlación positiva entre la aplicación de herramientas de prevención de riesgos psicosociales y mejores índices de salud mental**. Las personas que han participado en acciones formativas y campañas de prevención del estrés obtienen mejores datos de salud en cuanto a indicadores de depresión, ansiedad y estrés. En una horquilla de tres años encontramos que en aquellos lugares donde no se han hecho campañas, al 61 % de la plantilla se le fue prescrita al menos una baja. Por el contrario, el personal que ha recibido campañas de gestión emocional y habilidades de afrontamiento redujo la aparición de bajas laborales en 9 puntos porcentuales. Asimismo, la combinación de las mencionadas campañas con aquellas que promueven la protección de la salud física logra disminuir en 13 puntos porcentuales la aparición de problemas de salud emocional con respecto a aplicar solo campañas de protección físicas.

Mayores niveles de inversión en recursos de atención

El estudio muestra que aquellas administraciones que invierten más recursos obtienen mejores índices de salud emocional. Las comunidades autónomas que tienen un mejor índice DEC (Desarrollo de los Servicios Sociales) obtienen también mejores resultados en indicadores sobre el estrés, depresión y ansiedad de su personal. Lo cual nos da nuevas claves y refuerza el planteamiento de que para prestar buenos servicios públicos debe haber buenas condiciones laborales y de prevención de la salud para las personas trabajadoras que los desarrollan, y viceversa.

Está claro que existe relación entre la inversión económica y la salud del personal. Los problemas de competencias que se crearon con la ley de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local, y los sistemas de financiación de los servicios sociales vinculados a programas subvencionados y convenios de colaboración con las administraciones autonómicas y estatales tuvieron su repercusión negativa en el funcionamiento y calidad de los servicios y, como es lógico también afectaron a la gestión de la prevención y la salud de sus plantillas.

No invertir los suficientes recursos tanto materiales como humanos en los servicios a la ciudadanía sale caro. Existen varios estudios que han evaluado el coste de tener entornos de trabajo con malas condiciones psicosociales y estrés laboral. (INSST, 2018) La cuarta Encuesta de Condiciones de Trabajo demostró que el estrés relacionado con el trabajo afecta a más de 40 millones de personas en la Unión Europea, con un coste aproximado de 20 billones de euros anuales en concepto de pérdida de tiempo de trabajo y costes sanitarios: es una de las causas de enfermedad relacionada con el trabajo que la población asalariada



comunican con mayor frecuencia (Eurofound, 2007). También debemos tener en cuenta que los servicios sociales atienden a personas en vulnerabilidad, y que probablemente las dificultades de salud del personal que les atiende también repercuten indirectamente en su propia salud.

Por todo esto, CCOO quiere que se atienda, sin dilación, la situación de salud del personal que trabaja en los servicios sociales. Es necesario dotar a los servicios sociales del suficiente personal para reducir la excesiva carga de trabajo de las plantillas. Asimismo, es urgente mejorar la política de prevención de riesgos psicosociales con la adecuación de la evaluación de riesgos a las características de la plantilla en edad, puesto de trabajo, etc.; y la incorporación de campañas de sensibilización y formación. Igualmente, es importante poner en marcha medidas para atender los problemas de salud que actualmente padece el personal. Porque, como empezábamos esta reflexión, trabajar por la salud de los trabajadores y trabajadoras de los servicios públicos es hablar de la salud de la ciudadanía en general.

5.1.2. Propuestas de actuación

Desde CCOO, una vez analizados los resultados del estudio planteamos las siguientes acciones y demandas:

Propuestas generales para mejorar la calidad de los servicios sociales

El estudio ha demostrado que uno de los principales problemas que afectan a la salud emocional es la **falta de personal suficiente** para hacer frente a las necesidades de los servicios sociales.

Así mismo, consideramos necesaria la **estabilización de las plantillas**. Aunque el estudio ha mostrado que la estabilidad no es garantía de buena salud – ya que el personal indefinido registra niveles altos de sintomatología de salud emocional-, el personal temporal entrevistado señaló como uno de los factores de riesgo psicosocial la inestabilidad en el empleo.

Otro de los factores que influyen en la salud es la **baja presencia de jóvenes**, así como la inexistencia de planes para promover el **traspaso de conocimiento generacional**. Es necesario el diseño de planes que tengan este objetivo. El porcentaje de personas jóvenes menores de 30 años en servicios sociales es solo el 9,8 %, mientras que las personas que superan los 50 años son la mitad de la plantilla (50,3 %) según la última EPA (4º trimestre 2021). La baja presencia de jóvenes en los servicios sociales está condicionando la innovación, la implantación de nuevas tecnologías y metodologías de trabajo, y el traspaso de conocimiento y experiencia de personas con más años de profesión. Todo ello también influye en los ambientes de trabajo y en las sinergias que afectan sobre los indicadores de salud mental.

Por todo ello es urgente llevar a cabo:

❖ **Los procesos de estabilización de empleo temporal**, al amparo y obligación de la ley 20/2021 de reducción de la temporalidad.

❖ **Aumento de los puestos de trabajo** en los Servicios Sociales para el desarrollo y permanencia de los programas y transformación recogidos en el componente 22, que cubran las necesidades de la población, dando un salto cualitativo y cuantitativo del Sistema Público de Servicios Sociales. Para ello, es necesario **eliminar la tasa de reposición en los servicios sociales**, ya que impide la dimensión adecuada de las plantillas.

❖ **Planes que promuevan la incorporación de personas jóvenes, y el traspaso generacional de conocimiento**. Algunas de las posibles medidas sería la incentivación de entrada de jóvenes con formación y titulación en los Servicios Sociales, a través de becas para la preparación de oposiciones, así como la puesta en marcha de los programas de empleo de garantía juvenil en los SS.SS., entre otras.

❖ **Mayor inversión en recursos económicos y de personal en los servicios sociales**. Aumentar las dotaciones económicas y de personal en los servicios sociales de acuerdo a la demanda de estos servicios, así como para llevar a cabo una adecuada política de prevención de la salud laboral.

Propuestas para mejorar la gestión de la prevención de riesgos psicosociales

Los riesgos de tipo psicosocial, al igual que el resto de riesgos, deben ser evitados y si esto no es posible, ser evaluados para minimizar el riesgo. Entre las medidas preventivas se deben incluir la formación, la modernización de equipos y los cambios de tipo organizativo.

Los problemas de salud emocional detectados entre el personal de servicios sociales hacen pensar que existen fallos de gestión en la política de prevención en estos servicios. Por eso pedimos que se cumplan las siguientes medidas:

❖ **Evaluación de los riesgos psicosociales en todos los centros de servicios sociales**. La evaluación de riesgos debe cumplir con los siguientes aspectos:



❖ El **envejecimiento de la plantilla** y la incorporación de la **perspectiva de género** en cumplimiento de los Art. 15.1 y Art. 25 de la LPRL. (Art. 15.1: “Adaptar el trabajo a la persona”; y Art. 25: “Protección de los trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos”).

❖ **Las características del puesto de trabajo.** En el Art. 4.7 de la LPRL define “condición de trabajo” cualquier característica del mismo que pueda tener influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador o la trabajadora. En esta definición quedan específicamente incluidas “todas aquellas características de trabajo, incluidas las relativas a su organización y ordenación, que influyan en la magnitud de los riesgos a que esté expuesto el trabajador”.

❖ **Planes y campañas de formación:** Puesta en marcha de un plan de formación y campañas en materia de prevención de la salud psicosocial para el conjunto de las personas que trabajan en los servicios sociales, impulsados desde la FEMP y las Federaciones de Municipios Territoriales.

❖ **Formación en gestión de equipos y organización del trabajo** para el personal de coordinación de centros y programas de dirección. Así como, la formación para la adquisición de herramientas de gestión emocional que permita desempeñar el trabajo diario de forma adecuada. Establecimiento de itinerarios de formación en contenidos de gestión de equipos y organización del trabajo, integrado en el sistema nacional de cualificaciones profesionales. Establecer progresivamente como requisitos de acceso tener completada la formación. Incluir esta formación dentro de los planes de formación de la AFEDAP, el INAA y la FEMP.

❖ **La obligación de hacer informes de impacto en la salud de plantilla en todos los centros de trabajo.** Informes a nivel de salud y prevención, carga de trabajo y dimensión de la misma, al aprobar y poner en marcha las nuevas medias normativas, como la reforma de Modernización de los servicios sociales públicos recogida en el Componente 22 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, así como la implantación de nuevos servicios y programas.

❖ **Actualización de los servicios de prevención.** Es conveniente, que los Servicios de Prevención y Salud Laboral (salud psicosocial) de las propias administraciones o las empresas de prevención se actualicen y formen en herramientas para evaluar e intervenir en las áreas de servicios sociales y servicios similares.

Propuestas para solucionar los problemas de salud existentes en la actualidad

Es un hecho que la prevención está fallando, hay que reevaluar y proponer mecanismos de reparación del daño. Es necesario implantar medidas para proteger a las personas que ya están expuestas y que están sufriendo daños de salud. Para ello pedimos lo siguiente:

❖ **Establecer protocolos y medidas urgentes contra la violencia en el puesto de trabajo.** Estos protocolos deben ser debidamente comunicados a toda la plantilla, por lo que es conveniente que sean acompañados por sesiones formativas. Complementado con campañas periódicas de Información y formación a la ciudadanía de derecho y obligaciones. Dispositivos de vigilancia y control de la violencia para proteger a las personas profesionales y usuarias, en centros en los que se ha detectado un alto riesgo. Canalización de las quejas y reclamaciones de forma adecuada, presencial y accesible a la ciudadanía. Adaptación de los centros e instalaciones de Servicios Sociales, en cuanto disposición de despachos y departamentos, comunicaciones, etc. que prevengan la violencia y/o mitiguen sus consecuencias.

❖ **Poner a disposición de las plantillas un servicio de atención psicológica por parte de cada administración local** para personas con una sintomatología de riesgo detectada, bien en la evaluación de riesgos psicosociales de su puesto de trabajo o cualquier otro procedimiento, e igualmente a demanda de las personas trabajadoras. Ligado al servicio de salud laboral.

❖ **Atender, en las medidas de las posibilidades de cada servicio, peticiones de traslado, cambio de programas o cualquier otra medida** que deje de exponer a las personas con un alto grado de sintomatología a riesgos para su salud emocional.



5.2. Reflexiones y propuestas desde el Consejo

El Consejo General de la Psicología, Psicofundación y los diferentes colegios territoriales, disponíamos, antes de iniciar este estudio, de datos e información técnica suficiente (además de toda la que se ha ido publicando por parte de diferentes organismos oficiales), que evidenciaba un empeoramiento significativo en la salud mental y emocional de la población en los últimos años.

Así lo reflejaba ya en 2015 la [OMS](#), al señalar que casi 1 de cada 10 personas en todo el mundo padecía un problema de salud mental, cifras que, según estimaba, se incrementarían considerablemente en el futuro. En España, concretamente, los datos de la última [Encuesta Nacional de Salud](#) del Ministerio de Sanidad correspondientes a 2018, apuntaban a cifras similares correspondientes a la población española, destacando la ansiedad y la depresión entre los problemas de salud mental más frecuentes.

De igual modo, la [OMS](#) advertía en 2019 de la presencia de problemas de salud mental entre la población trabajadora, alertando de la pérdida de productividad relacionada con la depresión y la ansiedad.

La pandemia mundial de la COVID-19 ha disparado estos datos, situándose los mismos en niveles muy preocupantes, según [distintas fuentes](#). A este respecto, a nivel de la población en general, se ha observado un claro incremento en los casos de ansiedad y estrés, con varias encuestas que señalan cómo, cerca de un tercio de las personas adultas, reporta niveles de angustia. Esa cifra alcanza a una de cada dos personas entre la población más joven. En esta misma línea, la [OCDE](#) (Organización para la cooperación y el desarrollo económico), advierte también de que la prevalencia de ansiedad y depresión se ha duplicado en todos los países, siendo los niños, niñas y adolescentes los más afectados.

Analizando, más concretamente, la repercusión sobre diferentes colectivos profesionales, son numerosos los estudios que muestran como, por ejemplo, los/las sanitarios/as han sido una de las poblaciones más castigadas a nivel de salud mental durante la pandemia y sus posteriores olas. En este contexto, según los datos del [Primer Estudio Global sobre Impacto del COVID-19 en la salud de los trabajadores](#), los profesionales del sector sanitario y social presentan síntomas significativos de malestar psicológico derivado de la pandemia sanitaria, indicando que el 40% de los profesionales del ámbito sanitario y del trabajo social requeriría una valoración detallada por parte del área de salud ocupacional para valorar la presencia de trastornos de ansiedad y depresión.

Dentro de esta línea, se plantea nuestro estudio. Es necesario **poner el foco en los profesionales de los servicios sociales de las entidades locales**. Ha sido un colectivo esencial y de choque a la hora de abordar el impacto social de la pandemia y constituye una pieza fundamental del sistema público.

De los datos recogidos en este estudio podemos extraer importantes conclusiones que dan lugar, a su vez, a una serie de recomendaciones necesarias e imprescindibles para la población estudiada.

Junto a las conclusiones aportadas por CCOO, desde el **COP y Psicofundación**, consideramos necesario añadir los siguientes aspectos:

a El personal de los Servicios Sociales, en su gran mayoría, ha continuado desempeñando su trabajo de manera presencial. Solo un 12% habría pasado a hacerlo de forma telemática. Esta situación, siendo como es un colectivo esencial, les ha obligado a afrontar las problemáticas de **miedo, ansiedad y estrés frente a posibles contagios, con el impacto que ello supone para la salud mental.**

b Muestra **niveles altos en los índices de diferentes sintomatologías** tales como, la depresión (52,7%), la ansiedad (52,6%), y la percepción de estrés (62,3%). Es decir, en todos los factores, al menos 1 de cada 2 profesionales consultados, reconocen haber presentado este tipo de síntomas. Estos datos son muy preocupantes por el nivel de sufrimiento que conlleva y la repercusión que tiene a nivel personal, familiar y profesional. **Desde el punto de vista laboral, la incidencia de estos síntomas deriva en un malestar psicológico importante,** que no remite por sí solo en la mayoría de ocasiones, y que permanece en el tiempo si no se trata adecuadamente.

c **Incidencia de los factores psicosociales en el trabajo**

En este estudio se ha querido evaluar cómo los diferentes factores psicosociales suponen un riesgo para la salud de los participantes. Estamos acostumbrados a llevar a cabo estudios relacionados con la salud física (riesgos físicos y químicos, ergonomía, seguridad, etc.), un aspecto fundamental, obviamente; sin embargo, nos parecía trascendental analizar de qué modo estaban incidiendo estos riesgos psicosociales sobre la salud.

El estudio ha planteado importantes conclusiones que es necesario tener en cuenta. Se ha podido constatar cómo **el ritmo de trabajo, la cantidad, la incertidumbre, y la equidad en sus diferentes aspectos, están contribuyendo de manera negativa** sobre los profesionales de los Servicios Sociales, con valores superiores al 70%. Por otro lado, aunque en cifras inferiores, también podemos detectar que, en un sentido positivo, factores como **el sentido del trabajo, las posibilidades de desarrollo y la implicación emocional, en más de la mitad de los casos, suponen factores favorables** para su salud.

d **Índices de efectos psíquicos del Burnout**

El término “*burnout*” fue acuñado por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger, en su libro *Burnout: The High Cost of High Achievement* y hace referencia a la cronificación del estrés laboral. Éste se manifiesta a través de un estado de agotamiento físico y mental que se prolonga en el tiempo y llega a alterar la personalidad y autoestima del trabajador.

El estudio revela datos preocupantes al respecto. Un 46,7% del personal muestra síntomas ocasionales y, casi la mitad (un 48,7%), señala niveles relacionados con alta frecuencia, casi a diario y a diario.

Esto supone un claro riesgo para la salud mental de estos profesionales y para la calidad de los servicios que pueden prestar a la población.

Recordemos los esfuerzos que está haciendo la OMS para que este síndrome sea reconocido como enfermedad laboral, siendo incluido como tal en la última versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE-11), que entró en vigor el pasado el 1 de enero de 2022.

e Efectos de las campañas de protección de la salud

Este estudio es un reflejo evidente del impacto positivo que tienen las campañas de protección de la salud a la hora de prevenir los daños sobre la salud del personal de los Servicios Sociales.

Si bien podíamos intuir que esto era posible, en función de nuestros datos ya podemos asegurar que **es una de las medidas de mayor protección que pueden hacer las entidades locales en favor de la salud integral**. Vemos que repercute en cuanto al número de bajas laborales, que se reducen en un 13%. Por ello, el impacto sobre la prestación del servicio y la carga de trabajo ya son datos muy positivos.

Con respecto a la salud mental, es necesario destacar cómo estas campañas son determinantes a la hora de rebajar los indicadores de depresión, ansiedad y estrés (18 puntos porcentuales para depresión y más de 10 para ansiedad). Asimismo, se observa una disminución en la intensidad de la sintomatología del estrés.

Estos datos nos animan a incidir en la necesidad evidente de implementar este tipo de campañas de manera sistemática en los contextos laborales.

f Necesidad de adquisición de recursos de gestión emocional

Relacionado con este punto, para uno de cada tres encuestados es imprescindible la adquisición de herramientas de gestión emocional de cara a poder desempeñar su trabajo, y más del 60% la considera necesaria. Es decir, hay una **conciencia clara de que se trata de una competencia transversal para la ejecución de sus funciones**.

Propuestas desde el COP y Psicofundación

Además de sumarnos a las propuestas realizadas desde CCOO, desde el COP y Psicofundación nos gustaría incidir en una serie de propuestas relacionadas con aquellos aspectos afines a nuestra profesión y nuestro papel dentro del ámbito de los Servicios Sociales, Asistencia Sanitaria y Riesgos Psicosociales, y que recogemos a continuación:

1.- Necesidad de atención y asistencia psicológica para la población en general y, de forma específica, facilitar el acceso a este colectivo de trabajadores y trabajadoras

Facilitar el acceso a la atención es clave, para que los síntomas detectados en este colectivo puedan ser atendidos y tratados lo antes posible. Los síntomas depresivos, de ansiedad y estrés no remiten por sí mismos y, en la mayoría de ocasiones, son tratados mediante psicofármacos que no suelen resolver la problemática, siendo necesaria en estos casos una asistencia psicoterapéutica, más eficaz cuanto antes se intervenga.

La inclusión de profesionales de la Psicología Clínica en Atención Primaria facilitaría la ayuda psicológica para este colectivo.

2.- Necesidad de aumento de la plantilla

Tal y como indica CCOO en sus conclusiones, también vemos imprescindible la contratación de profesionales y el refuerzo de los equipos. Obviamente para nosotros, queremos poner aquí la atención en el importante papel que tienen los profesionales de la Psicología en este sector y en la necesidad de aumentar su presencia en estos equipos Psicosociales.

3.- Importancia de incidir en la Prevención de los Riesgos Psicosociales en la Administración Pública

La Salud integral, tanto física como mental, es un valor a preservar por parte de los organismos empleadores. Es imprescindible poner en valor, evaluar e intervenir sobre la salud mental en las organizaciones a través de campañas de prevención, formación en todos los niveles (administración, técnicos, mandos intermedios, responsables...), etc.



Para ello, desde el COP planteamos la necesidad de incluir profesionales de Psicología del Trabajo dentro de los Servicios de Prevención, que puedan abordar los aspectos psicosociales de manera más especializada y con la preparación necesaria.

4.- Fomento de campañas de Promoción de la Salud

Se hace imprescindible utilizar este tipo de campañas, ya que son de fácil implantación y de gran repercusión, resultando en una inversión para la salud física y mental del personal de estos servicios.

Con esta finalidad, el COP se pone a disposición de CCOO y entidades locales para apoyar en la creación de contenidos, vídeos, soporte, asesoramiento y apoyo, para la realización de dichas campañas.

5.- Formación en Gestión Emocional

Por el tipo de trabajo que desempeñan y la población a atender, las competencias en cuanto a gestión emocional, son herramientas imprescindibles para el trabajo. Por ello, es fundamental incluir estos contenidos de manera transversal en los Planes Formativos y también dentro de los Planes de Carrera, como competencias necesarias.

De nuevo, el COP está en disposición de colaborar en la elaboración de estos Planes formativos, tanto a nivel de contenidos como de profesionales de la Psicología docentes y expertos en este tema.

Referencias BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez, A., Aranda, A. M., García, G., Ramírez, J. M., Revilla, A., Velasco, L. & Fuentes, M. (2021). *Índice DEC 2020 Índice de desarrollo de los servicios sociales*. Asociación Estatal de Directores y gerentes en Servicios Sociales.

Anghel, B., Cozzolino, M., & Lacuesta, A. (2020). El teletrabajo en España. *Boletín económico/Banco de España Eurosistema*, 2, 1-18.

Balladares, A., & Hablick, F. C. (2017). Burnout: el síndrome laboral. *Journal of business and entrepreneurial studies*, 1(1), 1-9.

Carrión-García, M. A., & Hernández-Gracia, T. J. (2018). Factores psicosociales y desgaste psíquico en ámbito laboral. *Revista Salud Uninorte*, 34(3), 705-714.

Federación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (Eurofound) (2007). *Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo*. Eurofound.

García, G., Barriga, L., Ramírez, J. M., Zubiría, A., Velasco, L., Álvarez, A., & Aranda, A. (2019). *Índice DEC 2018 Índice de desarrollo de los Servicios Sociales*. Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales.

García-Izquierdo, M. (1990). *Una escala para la evaluación del Burnout profesional en organizaciones*. Comunicación presentada al III Congreso Nacional de Psicología Social.

García-Izquierdo, M., & Velandrino, A. P. (1992). EPB: Una escala para la evaluación del Burnout profesional de las organizaciones. *Anales de Psicología*, 8(1-2), 131-138.

Greenglass, E.R., Burke, R.J. & Moore, K.A. (2003). Reaction to increased workload: Effects on professional efficacy of nurses. *Applied Psychology an International Review*, 52, 580-597.

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2004). *V Encuesta nacional de condiciones de trabajo*. INSHT.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) (2018) El efecto sobre la salud de los riesgos psicosociales en el trabajo. Una visión general. INSST.

Instituto Nacional de Administración Pública (2021). Los servicios sociales ante la pandemia: Sin esperanza, con convencimiento. Instituto Nacional de Administración Pública.

Llorens, C., Moncada S., Navarro A., Salas S. (2021). Condiciones de trabajo y salud tras un año de pandemia. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS-CCOO).

Lovibond, P. F. & Lovibond, S. H. (1995a). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Psychology Foundation of Australia.

Lovibond, P. F. & Lovibond, S. H. (1995b). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343.

Manzano, G. (2001). Estrés crónico laboral asistencial (burnout) en las administraciones públicas. *Revista de Dirección, Organización y Administración de empresas*, 25, 148-159.

Maslach, C. (1977). *Burnout: A Social Psychosomatic Analysis*. Paper Presented at the Meeting of American Psychological Association.

Referencias BIBLIOGRÁFICAS

Maslach, C. (1999). Progress in understanding teacher burnout. En R. Vandenberghe y A.M. Huberman, *Understanding and preventing teacher Burnout* (pp. 211-222). Cambridge University Press.

Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.

Moncada, S., Llorens, C., Andrés, R., Moreno, N., y Molinero, E. (2014). *Manual del método CoPsoQ-ISTAS21 (versión 2) para la evaluación y la prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo. Versión corta*. Generalitat de Catalunya. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

Moncada, S., Llorens, C., Navarro, A., & Kristensen, T. S. (2005). ISTAS21: Versión en lengua castellana del cuestionario psicosocial de Copenhague (COPSOQ). *Arch Prev Riesgos Labor*, 8(1), 18-29.

Moriana, J. A. E. & Herruzco, J. (2005). El síndrome de **Burnout** como predictor de bajas laborales de tipo psiquiátrico. *Clínica y Salud*, 16(2), 161-172.

Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaría, M., Idoiaga-Mondragon, N., & Berasategi-Santxo, N. (2021). Estado emocional del profesorado de colegios y universidades en el norte de España ante la COVID-19. *Revista Española de Salud Pública*, 95(1), e202102030.

Reno-Chanca, S., Van Hoey, J., Santolaya Prego de Oliver, J. A., Blasko-Ochoa, I., Aguilar, P. S., & Moret-Tatay, C. (2021). Differences Between the Psychological Symptoms of Health Workers and General Community After the First Wave of the COVID-19 Outbreak in Spain. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.644212>.

Rubio, S. V., Díaz, M. E., Martín, J. G., & Luceño, L. M. (2010). La carga mental como factor de riesgo psicosocial. Diferencias por baja laboral. *Ansiedad y Estrés*, 16(3), 271-282.

Secretaría de Salud Laboral de Comisiones Obreras de Madrid (2012) *Envejecer en el trabajo*. Comisiones Obreras de Madrid.

Wilmar Schaufeli, D. Enzmann (1998). *The Burnout Companion To Study And Practice: A Critical Analysis*. CRC Press.

Legislación y Base de Datos

Ley Orgánica

España. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado, 10 de noviembre de 1995, num. 269, pp. 32590 a 32611.

Real Decreto

España. Real Decreto-ley 39/1997, de 17 de enero, por el se aprueba el Reglamento de Prevención. Boletín Oficial del Estado, 31 de enero de 1997, núm. 27. Referencia: BOE-A-1997-1853.

Bases de datos consultadas Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales. (Año 2020) Cifras de Población y Padrón Municipal. Instituto Nacional de Estadística. Año 2020. Microdatos de la Encuesta de Población Activa (EPA). Instituto Nacional de Estadística. 4º trimestre de 2021 y 3º trimestre de 2020.

