

# Desgaste emocional en los profesionales sanitarios en tiempos de COVID-19

## Emotional exhaustion in healthcare professionals in times of COVID-19

Paloma Ruiz Sastre

*FEA Psicología Clínica – Sistema Andaluz de Salud*

### RESUMEN

El objetivo del presente estudio es explorar el grado en que los profesionales sanitarios muestran las características propias del síndrome de burnout en el contexto de la segunda ola de contagios por SARS-CoV-2 en España. La muestra está formada por 94 sanitarios, con edades comprendidas entre los 23 y 64 años, que ejercen su labor en el ámbito sanitario público y/o privado. Se administró el Inventario de Burnout (MBI). Los resultados señalan un elevado nivel de desgaste emocional en la muestra (61'5%), especialmente en aquellos sanitarios que perciben insuficientes medidas de protección ante la COVID-19. Además, más del 40% de los participantes informan de alto grado de despersonalización, siendo ésta menor en aquellos profesionales que perciben riesgo propio ante el contagio por este virus. Por último, un 33% de los participantes muestran bajo nivel de auto-realización laboral, especialmente aquellos que trabajan de manera directa con personas diagnosticadas de COVID-19.

### PALABRAS CLAVE

Burnout; sanitarios; COVID-19; pandemia.

### ABSTRACT

The aim of this study is to explore if the healthcare professionals show the characteristics of burnout syndrome in the context of the second wave of SARS-CoV-2 infections in Spain. The sample is made up of 94 health workers, aged between 23 to 64 years old, who work in the public and/or private health field. The Burnout Inventory (MBI) was administered. The results indicate a high level of emotional exhaustion in the sample (61'5%), especially in those health workers who perceive insufficient protection measures against COVID-19. In addition, more than 40% of the participants report a high degree of depersonalization, this being less in those professionals who perceive their own risk from being infected by this virus. Finally, 33% of the participants show a low level of work self-realization, especially those who work directly with people diagnosed with COVID-19.

### KEYWORDS

Burnout; healthcare professionals; COVID-19; pandemic.

Recibido: 30/10/2020; aceptado: 13/04/2021

Correspondencia: Paloma Ruiz Sastre. FEA Psicología Clínica – Sistema Andaluz de Salud. C/ Tomás Heredia, 23, 1º derecha, Málaga (Málaga). C.P. 29001 / [ruizsastrepaloma@gmail.com](mailto:ruizsastrepaloma@gmail.com)

## Introducción

El término *burnout* fue acuñado por Freudenberger en 1974, ante el agotamiento y desmotivación que los trabajadores de un centro de desintoxicación mostraban. Observó que estas personas presentaban progresivamente una actitud más distante y menos comprensiva hacia la población que trataban. Así pues, propuso el término *burnout* para referirse a “la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, que surge especialmente en aquellos que se dedican a profesiones de servicios como consecuencia del contacto diario con su trabajo” (Gil-Monte, 1991).

Han sido, desde entonces, numerosos los autores que han ofrecido conceptualizaciones del mismo y han estudiado las variables relacionadas con su origen y mantenimiento, así como las repercusiones que a nivel personal, social, laboral y económico conlleva dicho síndrome (Ortega & López, 2004).

De todas las definiciones planteadas por muy diversos autores, podemos reconocer las siguientes características en común, tal como revisa Mingote (1998): el síndrome de burnout se trata de un problema de salud directamente relacionado en su génesis con la situación laboral y que tiene, igualmente, repercusiones en el rendimiento en el trabajo. En él predomina el agotamiento afectivo y múltiples síntomas físicos (cansancio, malestar...).

Este síndrome se entiende como una reacción al estrés laboral crónico surgido ante el contacto directo con los usuarios (Casa, Rincón & Vila, 2012) y por una alta presión laboral y niveles elevados de estrés personal.

El síndrome del “estar quemado” (como ha venido traduciendo el término anglosajón) se compondría de tres dimensiones (Ortega & Ríos, 2004): 1) *agotamiento o cansancio emocional* que puede encontrar su manifestación de manera física y/o psíquica; 2) *despersonalización*, entendida como un progresivo distanciamiento y frialdad hacia las personas a las que va dirigido el trabajo realizado; 3) baja motivación de logro o baja *autorrealización* en la actividad laboral, relacionada con una intensa decepción y sentimientos de fracaso (Guerrero & Vicente, 2001).

La sintomatología descrita se circunscribe principalmente al ámbito laboral y suele restringirse a un intervalo temporal concreto (Guerrero & Vicente, 2001), a diferencia de otras psicopatologías que tienden a su generalización en la persona y sus contextos, como son la depresión y/o la ansiedad (Otero-López, Villardefrancos, Castro & Santiago, 2014), con las que podríamos confundir el síndrome al que aquí estamos centrando nuestra atención.

Esta sintomatología relacionada con el hecho de estar quemado por el trabajo, afecta principalmente a aquellos trabajadores que realizan su labor en el sector servicios, sobre todo aquellos que tienen un contacto directo con personas en una situación de necesidad o dependencia (Tarraga & Serrano, 2016).

La evidencia científica apunta a una mayor prevalencia del síndrome de burnout en el colectivo de sanitarios, por encima de otros profesionales. Los trabajadores del sector sanitario realizan su labor en un entorno con frecuencia emocionalmente intenso, que exige relación directa con personas sufrientes de situaciones

de salud física y psicológica alteradas, que hacen necesaria una intervención compleja y, en ocasiones, urgente (Tarraga & Serrano, 2016). La propia Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) reconoció a los profesionales sanitarios como un colectivo altamente estresado.

El síndrome de burnout constituye un problema de salud pública y social, ya que acarrea costes personales a quien lo padece, lo cual se extiende en una atención profesional de menor calidad, que acarreará costes a nivel general (Tarraga & Serrano, 2016).

Estudios previos han encontrado resultados que indican una elevada prevalencia en alguna o todas las dimensiones incluidas en el síndrome de burnout. No obstante, no encontramos resultados homogéneos con respecto a su presencia según algunas variables socio-demográficas.

Ortega, Salas y Correa (2011) encontraron una prevalencia del 4,5% de síndrome de burnout en la muestra de profesionales sanitarios con la que realizaron su estudio. Atendiendo a las dimensiones anteriormente descritas en relación a este síndrome, los autores informaron de mayor prevalencia en la falta de realización personal en el trabajo (31,4%), seguido de un 21,2% de cansancio emocional y un 17,2% de despersonalización. Por su parte, Méndez, Secanilla, Martínez y Navarro (2011) encontraron un 10% de baja realización personal, un 5,4% de alto nivel de despersonalización y un 13,3% de cansancio emocional.

Dentro del grupo de sanitarios, según Cañadas, Lozano, de la Fuente, Vargas y Saldaña (2010), el grupo de solteros y divorciados, así como aquellos profesionales que prestan sus

servicios mediante un contrato temporal (frente a los que disponían de un contrato fijo) muestran mayor índice de cansancio emocional.

Algunos autores han prestado atención a si existen diferencias según la ciudad en la que se trabaja, no encontrando resultados estadísticamente significativos que indiquen distinción en los niveles de despersonalización según esta variable, aunque sí hallaron diferencias según el lugar de residencia en la dimensión de realización personal (Martínez, Méndez, Secanilla, Benavente & García, 2014).

De acuerdo con la categoría profesional, volvemos a encontrar en investigaciones previas resultados dispares. Bujalance et al. (2001) encontraron que el colectivo de médicos fue el que en menor medida informó de signos compatibles con el síndrome de burnout, siendo el personal de enfermería el que presentó niveles más altos de cansancio emocional y baja realización personal. Sin embargo, Amutio, Ayestaran y Smith (2008) encontraron datos que indicaban que eran precisamente los médicos los que manifestaban mayor cansancio emocional.

Según el género, tampoco encontramos resultados homogéneos, pues en la literatura existen datos que indican una mayor prevalencia de burnout en las mujeres (Ávila, Gómez & Montiel, 2010; Martín, Hernández, Arnillas & García, 2009), y también estudios que informan de los resultados opuestos, esto es, los hombres padecerían mayor nivel de cansancio emocional (Caballero et al., 2001).

Recapitulando, los resultados revisados en la literatura científica alarman de elevados índices de síndrome de burnout en los profesionales sanitarios, deteriorando su calidad de

vida personal y las relaciones interpersonales, incluyendo las inherentes a su actividad laboral (Barragán et al., 2015). Aunque no hay coincidencia en las relaciones halladas en los estudios previos entre las dimensiones evaluadas acerca del burnout y algunas variables sociodemográficas, las líneas más recientes de investigación empiezan a encontrar resultados más consistentes en los datos encontrados. En diferentes estudios, se detalla una relación estadísticamente significativa entre la edad y el cansancio emocional, así como una relación entre la realización personal en el trabajo y los años de experiencia o categoría laboral (Ortega, Salas & Correa, 2011). Además, parece existir acuerdo en la elevada prevalencia de estos síntomas en el colectivo general de personas que trabajan en sanidad, que además, sigue viviendo un aumento en su incidencia y prevalencia (Vicente, Aragao & Maroco, 2014).

Numerosos investigadores han considerado como predisponentes del síndrome de burnout en sanitarios algunas de las características que tienen que ver con factores estresantes inherentes a la actividad laboral y otros relacionados con la organización del trabajo, tales como el frecuente contacto con el sufrimiento y la pérdida, la propia exposición al riesgo de contagio de múltiples enfermedades, la frustración por no poder ayudar hasta los niveles deseados, la elevada carga laboral en número de pacientes a atender, falta de estabilidad en los contratos y precariedad laboral, clima laboral tenso, ambigüedad de rol... (Ortega & López, 2004).

El síndrome de estar quemado ha sido en multitud de ocasiones relacionado con un deterioro de la salud física (cefaleas, hipertensión, cardiopatías, alteraciones gastrointestinales, problemas respiratorios, alteraciones dermatológicas...) y mental (alteraciones emocionales) del individuo. Además, aparecen en mayor medida dificultades directamente relacionadas con el propio trabajo: deterioro de la calidad asistencial, disminución de la productividad, absentismo laboral, resentimiento del clima laboral...(Ortega & López, 2004).

Esta investigación nace con el objetivo de explorar el nivel de burnout de los profesionales sanitarios de diferentes categorías, especialidades y provincias en tiempos de pandemia por COVID-19.

A las condiciones previamente mencionadas y frecuentemente encontradas en contextos profesionales sanitarios que favorecen la aparición de signos compatibles con el síndrome de burnout (sobrecarga laboral, ambigüedad de rol, falta de estabilidad en los contratos...), se suma la situación de alarma sanitaria en la que nos encontramos en la actualidad, viviendo en este momento lo que se ha venido a llamar la *segunda ola* de contagios e ingresos hospitalarios en nuestro país, con un aumento considerable de casos graves y fallecimientos a causa de COVID-19.

Cabría esperar resultados que confirmen que los profesionales de la sanidad informen de elevados signos de cansancio emocional y/o despersonalización, así como de una disminución de la realización personal experimentada.

## Método

### Procedimiento

El diseño del estudio fue planteado durante el verano de 2020, incitado por la situación de crisis sanitaria en relación a la pandemia declarada por motivo de la COVID-19.

Coincidiendo con el inicio de la segunda ola de contagios vivida en España (octubre de 2020), se administró la encuesta mediante vía telemática. La totalidad de la muestra fue informada del objetivo del estudio y de la voluntariedad de su participación, así como del trato anónimo, confidencial y global de sus respuestas.

Los datos fueron analizados a finales de octubre de 2020, habiéndose aprobado un nuevo estado de alarma en todo el Estado español (BOE de 25 de octubre de 2020).

### Diseño

El estudio realizado sigue un diseño transversal y descriptivo, empleando una metodología de encuesta.

## Participantes

Un total de 94 participantes (todos pertenecientes al colectivo de profesiones sanitarias) componen la muestra de este estudio, la cual fue seleccionada mediante muestreo no probabilístico.

Del total de los participantes, el 58'5% eran mujeres. La mayoría de los integrantes se dedicaban a la Medicina (76'6%), encontrando una menor representación de otros colectivos de sanitarios (ver figura 1).

La edad media de la muestra es de 42 años, siendo el participante más joven de 23 y el mayor de 64 años de edad. El 88'3% de los participantes realizan su trabajo en el Sistema Nacional de Salud Pública de España (20'2% Especialistas Internos Residentes; 23'4% Facultativos Especialistas de Área y enfermeros adjuntos con contrato temporal; 13'8% interinidad; 30'9% plaza fija). El resto, trabajan en centros concertados o privados, o como autónomos. Según el lugar en el que realizan su labor asistencial, encontramos gran variedad

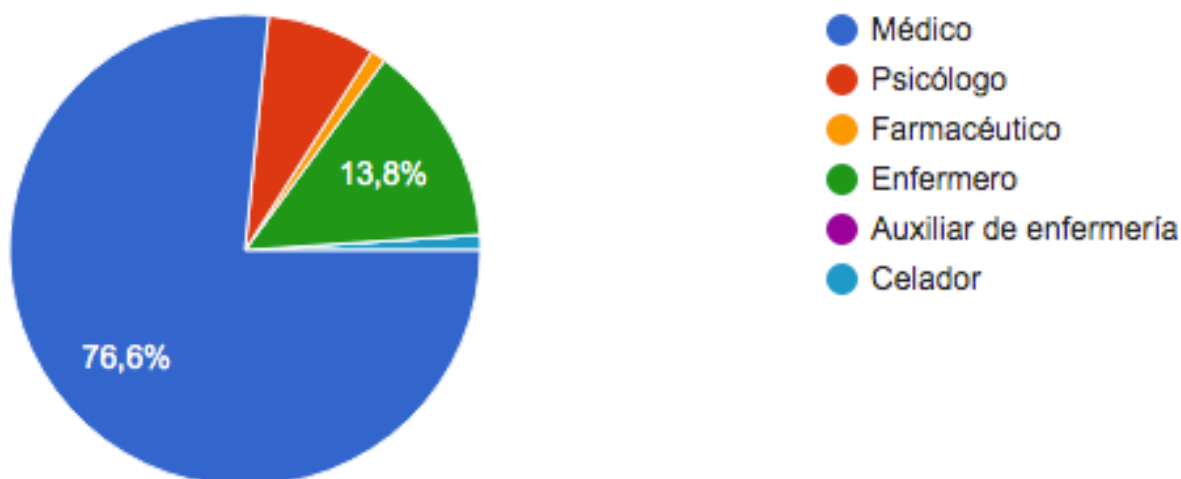


Figura 1. Distribución de la muestra según categoría profesional

dentro del territorio nacional (Málaga, Huelva, Sevilla, Cádiz, Badajoz, Cáceres, Zaragoza, Madrid, Toledo, Tenerife, Barcelona, Pontevedra y A Coruña).

Con respecto al trabajo realizado con pacientes diagnosticados de COVID-19, el 77,7% de los profesionales está trabajando en contacto directo con dichos pacientes de manera habitual o puntual (ver figura 2). Frente a esto, solo un 25,5% de los encuestados consideran que las medidas de protección son suficientes en su actividad laboral diaria (ver figura 3).

Por último, el 27,7% de los sanitarios encuestados informa de padecer algún factor de riesgo para posibles complicaciones por contagio por COVID-19, y un 36,2% convive con al menos una persona de riesgo.

### Material

Se empleó el *Inventario de Burnout* (MBI, Maslach & Jackson, 1986) en su versión española, precedido de algunas cuestiones que pretendían valorar variables sociodemográficas de la muestra.

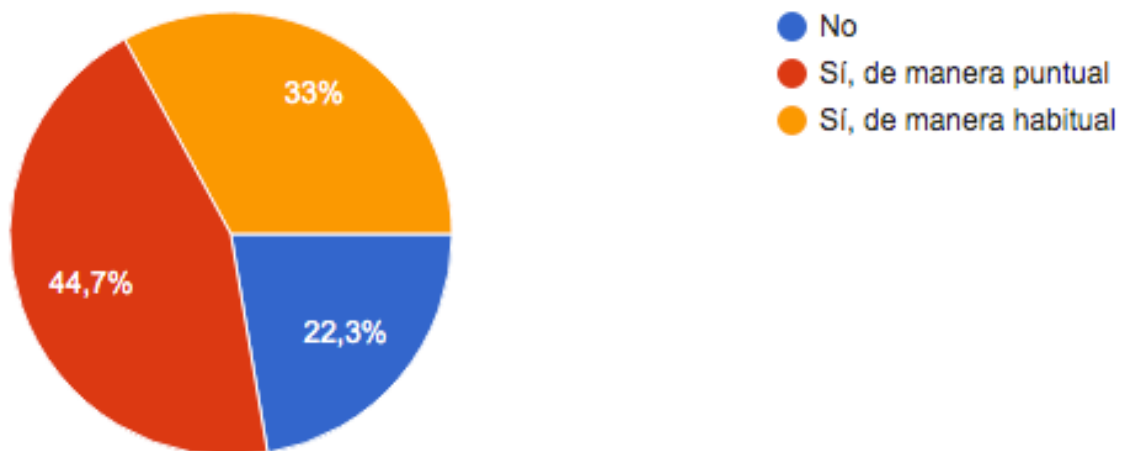


Figura 2. Distribución de la muestra según el trabajo con pacientes COVID-19

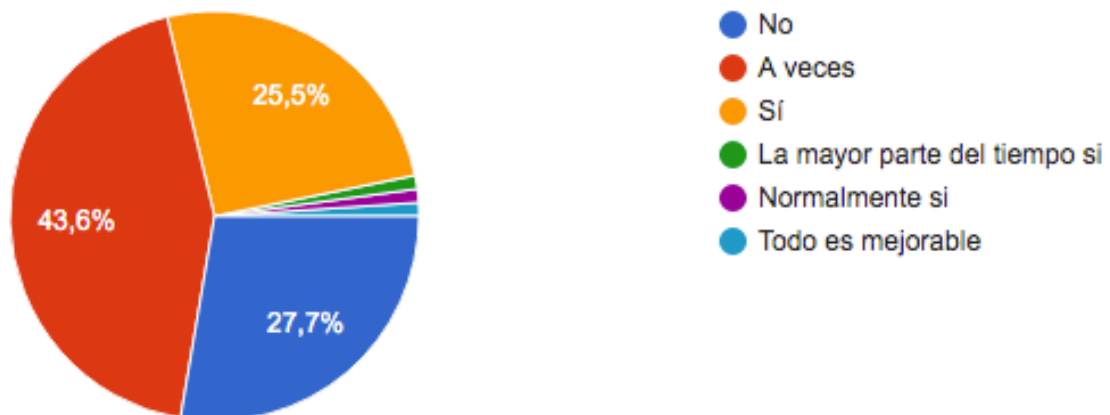


Figura 3. Distribución de la muestra según medidas de protección ante COVID-19

El MBI se trata de un instrumento de medida compuesto por 22 ítems que describen actitudes y emociones del profesional respecto a su trabajo y las personas con las que realiza su actividad laboral. Presenta opción de respuesta cerrada tipo likert con 7 opciones de respuesta (0-6) en función de la frecuencia de aparición de cada uno de los síntomas evaluados. Esta escala ha sido validada como instrumento de medida del estrés laboral, incluyendo las tres dimensiones que han venido considerándose como propias del síndrome de burnout y que mencionamos en un apartado anterior: 1) agotamiento emocional; 2) despersonalización; 3) realización personal en el trabajo. En la tabla que sigue, se especifican los ítems que componen cada subescala y los puntos de corte para evaluar la intensidad de cada ámbito:

Para poder hablar de presencia de síndrome de burnout, hemos de encontrar resultados que indiquen elevadas puntuaciones en las subescalas de cansancio emocional y despersonalización, y baja puntuación en realización personal. Además, habría que considerar el grado de burnout según los resultados encontrados y los ámbitos más afectados, siguiendo los valores de referencia citados.

**Tabla 1**  
*Ítems de cada subescala y valores de referencia*

Subescala	Ítems	Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto
Cansancio emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	0 – 18	19 – 26	27 – 54
Despersonalización	5, 10, 11, 15, 22	0 – 5	6 – 9	10 – 30
Realización personal	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	0 – 33	34 – 39	40 – 56

### **Análisis de datos**

Los datos fueron tratados de manera global y confidencial, garantizando la privacidad de los participantes. Se sometieron a comparación las medias encontradas en las subescalas medidas relacionadas con el síndrome de burnout en función de la frecuencia en el trabajo con pacientes diagnosticados de COVID-19 y el grado de percepción que los sanitarios informaban respecto a suficientes medidas de protección ante el virus, siguiendo el objetivo central de este estudio. Para ello, se realizaron pruebas T de Student para comparación de medias y análisis de varianza (ANOVA de un factor), según las variables evaluadas.

Además, aprovechando el tipo de diseño, se realizaron análisis estadísticos descriptivos y cálculos correlacionales entre las variables sociodemográficas evaluadas y las subescalas medidas. Para ello se realizaron cálculos de correlaciones con el coeficiente de correlación de Pearson.

### **Resultados**

Los valores medios encontrados para la muestra total en cada una de las subescalas evaluadas son de 29.41 en cansancio emocional, 8.33 en despersonalización y 36.1 en realización personal.

Al analizar dichos resultados de manera pormenorizada, encontramos que un 61.3% de la muestra de sanitarios que ha participado en este estudio refiere elevados niveles de cansancio emocional (valores comprendidos entre 27 y 54 puntos en esta subescala) y un 17.2% informan de un grado medio en esta dimensión (valores entre 19-26 puntos).

En cuanto a la escala de despersonalización, un 40.5% de los participantes muestran un índice alto (valores entre 10 y 30 puntos en la

subescala mencionada) y un 26.5% se sitúa en un valor medio (puntuación entre 6 y 9).

En lo que respecta a la realización personal alcanzada a partir del trabajo, los índices encontrados muestran una distribución equitativa en los niveles bajo, medio y alto (33% en cada uno de ellos).

Se presentan a continuación los resultados obtenidos según el objetivo central del estudio, es decir, los signos de estrés laboral y síndrome de burnout según la exposición al tra-

Tabla 2

*Distribución de la muestra según los niveles en las dimensiones evaluadas*

Subescalas	Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto
Cansancio emocional	21'5%	17'2%	61'3%
Despersonalización	33%	26'5%	40'5%
Realización personal	33%	33'8%	33'2%

Tabla 3

*ANOVA de un factor para la comparación de medias de cansancio emocional en función de la frecuencia del trabajo con COVID-19*

#### Descriptivos

	N	Media	Desviación típica	Error típico
No	21	25.52	10.591	2.311
Puntual	42	28.98	11.644	1.797
Habitual	31	32.65	11.035	1.982
Total	94	29.41	11.409	1.177

#### ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	649,508	2	324,754	2,580	,081
Intra-grupos	11455,311	91	125,883		
Total	12104,819	93			



bajo directo con personas diagnosticadas de COVID-19, las medidas de protección diarias, y los factores de riesgo ante el contagio por dicho virus en los propios profesionales sanitarios o algún conviviente.

Con respecto a la frecuencia en el trabajo con pacientes diagnosticados de COVID-19, encontramos un valor medio menor en cansancio emocional referido por aquellos sanitarios que no realizan su labor con pacientes diagnosticados de COVID-19 ( $M=25.52$ ;  $D.T.=10.591$ ), frente a aquellos que trabajan de manera puntual o habitual con ellos ( $M=28.98$  y  $D.T.=11.644$ ;  $M=32.65$  y  $D.T.=11.035$ , respectivamente). Para el análisis pormenorizado de dichas diferencias, se realizó un análisis de varianza (ANOVA de un factor). Asumiendo la homogeneidad de las varianzas mediante la prueba de Levene, podemos concluir que no

se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la escalas que evalúa cansancio emocional en función del trabajo realizado por sanitarios con pacientes diagnosticados de COVID-19 ( $p=.081$ ) (tabla 3).

En cuanto a la despersonalización, el grado mayor de la misma ha sido comunicado por el grupo de trabajadores sanitarios que tratan con pacientes diagnosticados de COVID-19 de manera puntual ( $M=8.93$ ;  $D.T.=5.602$ ), obteniendo un valor medio de 8.06 en los que realizan esta labor de manera habitual, y un promedio de 7.52 en los que nunca trabajan de manera directa con estos pacientes. No obstante, las diferencias encontradas en los valores promedios no resultan estadísticamente significativas ( $p = .613$ ) (tabla 4).

Por último, en lo que respecta a la realización personal, encontramos un valor medio de

Tabla 4

*ANOVA de un factor para la comparación de medias en despersonalización en función de la frecuencia del trabajo con COVID-19*

#### Descriptivos

	N	Media	Desviación típica	Error típico
No	21	7.52	6.063	1.323
Puntual	42	8.93	5.602	0.864
Habitual	31	8.06	5.285	0.949
Total	94	8.33	5.575	0.575

#### ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	30,882	2	15,441	,491	,613
Intra-grupos	2859,895	91	31,427		
Total	2890,777	93			

38.81 en el grupo de sanitarios que no trabaja directamente con pacientes diagnosticados de COVID-19, una media de 36.6 en los que lo hacen de manera puntual (D.T.=6.851), y un 33.58 en los que lo realizan habitualmente (D.T.=6.021). Utilizando la prueba ANOVA de un factor, sí encontramos diferencias estadísticamente significativas en esta subescala ( $p=.012$ ), encontrando mayor grado de autorrealización en aquellos profesionales que no trabajan de manera directa con pacientes diagnosticados de COVID-19 (tabla 5).

Con respecto al grado en que los sanitarios perciben que las medidas de protección son suficientes, encontramos que existen diferencias estadísticamente significativas en la subescala de cansancio emocional, obteniendo datos que indican menor desgaste emocional en aquellos sanitarios que informan de mayor

percepción de medidas suficientes de protección ( $p=.005$ ) (grupo de sanitarios que informa de medidas de protección suficientes siempre:  $M=23'12$  en cansancio emocional; aquellos que informan de medias de protección suficientes a veces:  $M=31'6$  en cansancio emocional y  $D.T.=10.786$ ; aquellos que consideran que las medidas no son suficientes:  $M=31'85$  y  $D.T.=11.131$ ) (tabla 6).

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en los valores medios encontrados para las subescalas de despersonalización ( $p=.885$ ) y realización personal ( $p=.429$ ) según el grado en que perciben medidas de protección suficientes en su trabajo diario.

Por último, pasamos a calcular si existen diferencias en los valores promedios encontrados en las subescalas evaluadas en función de si el propio participante y profesional sanitario

Tabla 5

ANOVA de un factor para la comparación de medias en realización personal en función de la frecuencia del trabajo con COVID-19

### Descriptivos

	N	Media	Desviación típica	Error típico
No	21	38.81	5.144	1.123
Puntual	42	36.6	6.851	1.057
Habitual	31	33.58	6.021	1.081
Total	94	36.1	6.478	0.668

### ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	361,233	2	180,616	4,642	,012
Intra-grupos	3540,906	91	38,911		
Total	3902,138	93			

padece algún factor de riesgo para el contagio por COVID-19 y/o si informa de convivir con al menos una persona con dicho riesgo.

Según los datos obtenidos, sí encontramos diferencias estadísticamente significativas ( $p=.023$ ) en la subescala de despersonalización, hallando menor grado de despersonalización en aquellos sanitarios que informan de riesgo propio para COVID-19 ( $M=6.5$  frente a  $M=9.03$  en aquellos sanitarios que refieren no presentar factores de riesgo). No encontramos, por el contrario, diferencias estadísticamente significativas en las subescalas de cansancio emocional ( $p=.323$ ) y realización personal según este criterio ( $p=.710$ ). Para dichos cálculos se realizaron comparaciones de medias mediante prueba T de Student.

Para finalizar, tampoco encontramos diferencias estadísticamente significativas para

ninguna de las tres subescalas evaluadas según si el profesional sanitario convive o no con alguna persona con factor de riesgo para el contagio por COVID-19, encontrando un valor de significación mayor a 0.05 en todas las comparaciones realizadas.

### Conclusiones

A la vista de los resultados encontrados, podemos concluir que la muestra total de sanitarios que han participado en este estudio presenta niveles altos de cansancio emocional, un grado medio de despersonalización y un nivel medio en realización personal. Considerando el síndrome de burnout o de estar quemado por el trabajo como aquel caracterizado por elevados niveles de desgaste emocional y despersonalización y una baja autorrealización, observamos resultados que tienden a dicha

Tabla 6

*ANOVA de un factor para la comparación de medias en cansancio emocional en función de las medidas de protección percibidas*

### Descriptivos

	N	Media	Desviación típica	Error típico
No	26	31.85	11.131	2.183
Puntual	43	31.6	10.786	1.645
Habitual	25	23.12	10.744	2.149
Total	94	29.41	11.409	1.177

### ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	1350,515	2	675,258	5,714	,005
Intra-grupos	10754,304	91	118,179		
Total	12104,819	93			

entidad, destacando los niveles de agotamiento psicológico y emocional.

Tal como otros autores describieran en investigaciones previas, el colectivo de sanitarios presenta una mayor prevalencia de este síndrome por encima de otros profesionales. Atendiendo a las dimensiones descritas, nuestros resultados reflejan una distribución equitativa en el grado de realización personal reconocido, encontrando un 33% de la muestra que indica un bajo grado de autorrealización laboral, coincidiendo con los datos aportados por Ortega, Salas y Correa (2011), quienes hablaban de un 31.4% en su muestra. En cuanto al nivel de despersonalización, según los datos alcanzados en el presente estudio, un 40.5% de los profesionales sanitarios que participaron refieren elevados niveles de distanciamiento y frialdad emocional, características propias del síndrome de burnout, siendo éste un índice mucho más elevado que los encontrados en investigaciones anteriores que hallaron resultados entre un 5.4% y un 17.2% (Méndez, Secanilla, Martínez & Navarro, 2011; Ortega, Salas & Correa, 2011). Por último, en lo que respecta al cansancio emocional, encontramos un 61.3% de sanitarios que informan de alto grado de desgaste, superando significativamente los datos encontrados en otros estudios (entre un 13.3% y un 21.2%).

Teniendo en cuenta las variables relacionadas con la situación de pandemia actual y el trabajo con personas diagnosticadas de COVID-19, encontramos diferencias estadísticamente significativas en el grado de realización personal alcanzado a partir del trabajo diario, siendo aquellos sanitarios que no realizan su

labor de manera directa con el virus los que expresan mayor satisfacción y autorrealización en el ámbito laboral.

Además, los resultados constatan un cansancio emocional significativamente mayor en los profesionales sanitarios que perciben que las medidas de protección son insuficientes para su práctica diaria.

Con respecto a la dimensión de despersonalización, los índices más bajos encontrados y que resultan en una diferencia estadísticamente significativa con respecto al grupo de comparación, lo expresan los profesionales que padecen algún factor de riesgo propio ante el contagio por SARS-CoV-2.

Si bien las diferencias no han resultado estadísticamente significativas, cabe señalar que se aprecia una tendencia creciente en el cansancio y desgaste emocional a medida que el trabajo directo con COVID-19 es más frecuente en la jornada laboral. Asimismo, el grado de despersonalización es prácticamente igual en todos los sanitarios que trabajan con estos pacientes, ya sea de manera habitual o puntual, pero aquellos profesionales que no realizan su labor de manera directa nunca, informan de un grado inferior en la dimensión de despersonalización.

### **Discusión**

El síndrome de burnout es una entidad psicológica con riesgo de aparición cuando las condiciones psicosociales del trabajo no respetan de manera óptima el estado del profesional. Los trabajos destinados a los servicios sanitarios son altamente exigentes emocional-

mente y la sobrecarga laboral suele acompañar a las condiciones del empleo.

El momento actual que vivimos de pandemia global, supone un incremento exponencial en el trabajo de los profesionales sanitarios, ya de por sí demandante a nivel emocional, intelectual y físico. La falta de conocimiento certero acerca de la transmisión, tratamiento y repercusiones del SARS-CoV-2 puede generar una sensación de falta de control en los especialistas que, sumado a la insuficiente disponibilidad de recursos materiales y humanos, hacen que el estrés en el ámbito laboral desborde el estado psicológico y emocional de los profesionales, repercutiendo esto a su vez en las posibilidades de ofrecer un trabajo productivo y eficaz.

Tal como hemos expuesto en esta investigación, según los datos hallados, los profesionales sanitarios al inicio de la *segunda ola* de contagios por COVID-19 en España y la declaración del estado de alarma, parecen mostrar índices medio-alto en las subescalas que evalúan el síndrome de burnout. Según han informado, no es el trabajo directo con personas diagnosticadas lo que les genera desgaste emocional, sino la percepción de contar con insuficientes medidas de protección.

Además, parece existir una diferencia significativa en el nivel de despersonalización mostrado, siendo los sanitarios con riesgo de padecer complicaciones por contagio de SARS-CoV-2 los que muestran menores niveles de distanciamiento emocional hacia los pacientes, quizás por tener más presentes las posibilidades de vivir situaciones complejas y graves en primera persona a causa de este virus. No

obstante, ambos grupos (los sanitarios que reconocen padecer factores de riesgo y los que no los tienen) muestran niveles medios en despersonalización hacia su trabajo, tal vez como forma de afrontamiento de un trabajo sumamente complejo y emocionalmente duro.

Por último, se han hallado resultados que concluyen que el total de la muestra presenta niveles medios en realización personal en su trabajo, si bien hay diferencias estadísticamente significativas que indican que la autorrealización es mayor en aquellos sanitarios que no realizan su labor en contacto directo con pacientes diagnosticados de COVID-19.

A la vista de los resultados encontrados, consideramos primordial garantizar los recursos necesarios a todos aquellos profesionales que trabajan expuestos de manera directa o indirecta al riesgo de contagio. En un colectivo formado en un trabajo demandante emocional y mentalmente, altamente cualificado y que asume a diario una alta responsabilidad, lo que en esta situación de pandemia está generando mayor cansancio emocional es la falta de medios para garantizar un adecuado trato y una suficiente protección.

Se ha constatado, además, que la situación psicológica de muchos sanitarios cumple los criterios para considerar el padecimiento del síndrome de burnout o tiende a ello, por lo que resulta urgente y del todo necesario prestar atención y tomar decisiones acerca de la estructuración del trabajo, las funciones del rol de cada profesional, la carga laboral ajustada a las posibilidades reales del trabajo y las condiciones de empleo. Garantizar unas correctas condiciones laborales recaerá en beneficio

directo para el estado general de los profesionales sanitarios y esto se apreciará de manera inmediata en los resultados obtenidos en el sistema sanitario.

En aquellos casos de mayor gravedad o crisis, resultaría además conveniente una atención psicológica especializada que procure mejoras en las estrategias de afrontamiento y gestión emocional de una manera individualizada.

El presente estudio presenta algunas limitaciones, tales como la no selección de la muestra de manera aleatoria y el reducido número de participantes que la componen. Dichas limitaciones pueden ser tenidas en cuenta para futuras líneas de investigación de cara a seguir ampliando los conocimientos acerca de las consecuencias que la pandemia está acarreado en todos los niveles en nuestra comunidad.

### Referencias

- Amutio, A., Ayestaran, S. & Smith, J. (2008). Evaluación del burnout y bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 24(2), 235-516. Recuperado a partir de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1576-59622008000200006&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1576-59622008000200006&lng=es&tlng=es)
- Ávila, J. H., Gómez, L. T. & Montiel, M. M. (2010). Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud. *Pensamiento Psicológico*, 8(15), 39-52. Recuperado a partir de <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/142>
- Barragán, A. B., Martos, Á., Cardilla, F., Molero, M. M., Pérez-Fuentes, M. C. & Gázquez, J. J. (2015). Variables relacionadas y prevalencia del burnout en profesionales sanitarios. *European Journal of Health Research*, 1(1), 5-14. Recuperado a partir de <https://formacion-asunivep.com/ejhr/index.php/journal/article/view/1>.
- Bujalance, J., Villanueva, F., Guerrero, S., Conejo, J., González, A., Sepúlveda, A.,... Martín, F. (2001). Burnout y satisfacción laboral de los profesionales que atienden a pacientes geriátricos. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 36(1), 32-40. Recuperado a partir de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-burnout-satisfaccion-laboral-profesionales-que-S0211139X0174680X>
- Caballero, M. A., Bermejo, F., Nieto, R. & Caballero, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 27, 313-317. Recuperado a partir de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prevalencia-factores-asociados-al-burnout-S0212656701793730>
- Cañadas, G. A., Lozano, L. M., De la Fuente, E. I., Vargas, C. & Saldaña, L. (2010). Análisis bayesiano de variables relacionadas con el desarrollo del síndrome de Burnout en profesionales sanitarios. *Escritos de Psicología*, 3(4), 33-39. Recuperado a partir de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1989-38092010000300004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092010000300004&lng=es&tlng=es)
- Casa, P. P., Rincón, Y. Z. & Vila, R. (2012). Síndrome de burnout: enfermedad silenciosa. *Enfermería Integral: Revista científica del Colegio Oficial de A.T.S. de Valencia*, 100, 19-24. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4866341#:~:text=El%20s%C3%ADndrome%20de%20Burnout%20es,desmotivaci%C3%B3n%20en%20su%20centro%20laboral>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal Social Issues*, 30, 159-165. Recuperado a partir de [https://www.researchgate.net/publication/227583152\\_Staff\\_Burn-Out](https://www.researchgate.net/publication/227583152_Staff_Burn-Out)
- Gil-Monte, P. R. (1991). Una nota sobre el concepto de "burnout", sus dimensiones y estrategias de afrontamiento. *Información Psicológica*, 46, 4-7. Recuperado a partir de [https://www.researchgate.net/publication/263235794\\_Una\\_nota\\_sobre\\_el\\_concepto\\_de\\_burnout\\_sus\\_dimensiones\\_y\\_estrategias\\_de\\_afrontamiento](https://www.researchgate.net/publication/263235794_Una_nota_sobre_el_concepto_de_burnout_sus_dimensiones_y_estrategias_de_afrontamiento)

- cepto\_de\_burnout\_sus\_dimensiones\_y\_estrategias\_de\_afrontamiento
- Guerrero, E. & Vicente, F. (2001). *Síndrome de "burnout" o desgaste profesional y afrontamiento del estrés en el profesorado*. Extremadura: Servicio de publicaciones de la Universidad de Extremadura. Recuperado a partir de [https://www.researchgate.net/publication/316250737\\_Sindrome\\_de\\_burnout\\_o\\_desgaste\\_profesional\\_y\\_afrontamiento\\_del\\_estres\\_en\\_el\\_profesorado](https://www.researchgate.net/publication/316250737_Sindrome_de_burnout_o_desgaste_profesional_y_afrontamiento_del_estres_en_el_profesorado)
- Martín, M. J., Hernández, B. M., Arnillas, M. H. & García, M. (2009). Burnout en el hospital: ¿estamos quemados los médicos? *Medicina Balear*, 24(3), 29-33. Recuperado a partir de [http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/medicinaBalear/archives/Medicina/Balear\\_/2009v24n3p029.dir/Medicina\\_Balear\\_2009v24n3p029.pdf](http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/medicinaBalear/archives/Medicina/Balear_/2009v24n3p029.dir/Medicina_Balear_2009v24n3p029.pdf)
- Martínez, J. P., Méndez, I., Secanilla, E., Benavente, A. & García, J. (2014). Burnout en cuidadores profesionales y calidad de vida en residentes de centros institucionalizados. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(1), 41-53. Recuperado a partir de <https://formacionasunivep.com/ejihpe/index.php/journal/article/view/60>
- Maslach, C. & Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Consulting Psychology Press: Palo Alto (California).
- Méndez, I., Secanilla, E., Martínez, J. P. & Navarro, J. (2011). Estudio comparativo de burnout en cuidadores profesionales de personas mayores institucionalizadas con demencias y otras enfermedades. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 1(2), 61-70. Recuperado a partir de <https://formacionasunivep.com/ejihpe/index.php/journal/article/view/17>
- Mingote, J. C. (1998). Síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continua*, 8, 493-508. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6620391>
- Ortega Ruiz, C. & López Ríos, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=795272>
- Ortega, C., Salas, R. & Correa, R. (2011). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en el personal sanitario. Hospital Aquilino Tejeira. *Archivos de Medicina*, 7(2), 1-7. Recuperado a partir de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57271997000300008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000300008)
- Otero-López, J. M., Villardefrancos, E., Castro, C. & Santiago, M. J. (2014). Stress, positive personal variables and burnout: A path analytic approach. *European Journal of Education and Psychology*, 7(2), 95-106. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5159016>
- Tarrasa Marcos, M. L. & Serrano Selva, J. P. (2016). Estado de Ansiedad y Burnout en trabajadores sanitarios de Albacete. *Journal of Negative & No Positive Results*, 1(3), 100-106. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5600070>
- Vicente, C. S., Aragao, R. & Maroco, J. (2014). Prevalence of Burnout among Professionals Who Care for Elderly and Chronically Ill Patients. *Psychology*, 5, 1933-1940. Recuperado a partir de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22290165/>