



MÁSTER UNIVERSITARIO DE PREVENCIÓN EN RIESGOS
LABORALES

DETECCIÓN DEL SINDROME DE BURNOUT EN
TRABAJADORES DE UN SERVICIO DE URGENCIAS
HOSPITALARIA DURANTE LA PANDEMIA POR LA
COVID-19 Y ESTRATEGIAS PARA MITIGAR SU
RIESGO PSICOSOCIAL.

TUTORA: Dña. Dolores Marhuenda Amorós

ALUMNA: Almudena López Eugenio

CURSO 2021-2022



INFORME DEL DIRECTOR DEL TRABAJO FIN MASTER DEL MASTER UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

D. Dolores Marhuenda Amorós, Tutor/a del Trabajo Fin de Máster, titulado *'DETECCIÓN DEL SINDROME DE BURNOUT EN TRABAJADORES DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIA DURANTE LA PANDEMIA POR LA COVID-19 Y ESTRATEGIAS PARA MITIGAR SU RIESGO PSICOSOCIAL'* y realizado por el/la estudiante Almudena López Eugenio.

Hace constar que el TFM ha sido realizado bajo mi supervisión y reúne los requisitos para ser evaluado.

Fecha de la autorización: seis de junio de 2022

**DOLORES|
MARHUENDA|
AMOROS**

Fdo.: Dolores Marhuenda Amorós
Tutor/a TFM

Firmado digitalmente por
DOLORES|MARHUENDA|
AMOROS
Fecha: 2022.06.06 14:49:54
+02'00'



RESUMEN: El síndrome burnout, traducido al español como síndrome del trabajador quemado es contemplado por la OMS como enfermedad del trabajo desde enero de 2022 debido a las características que motivan su aparición, incluyéndolo entre los problemas principales de salud mental en su Clasificación Internacional de Enfermedades.

Dicho síndrome provoca un agotamiento emocional en los trabajadores, aumentando el estrés laboral y conllevando una sensación de pasividad, dejadez e ineficacia que pone en peligro sus relaciones en las diferentes esferas del trabajador: familia, relaciones sociales, relaciones profesionales entre otras.

El estudio que se expone a continuación va dirigido a la detección de los niveles de burnout en trabajadores del Servicio de Urgencias de un hospital de tercer nivel. El estudio incluyó a 110 trabajadores de 3 categorías profesionales: FEA (facultativo especialista de área/adjunto), DUE (diplomado universitario en Enfermería) y TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería). A estos profesionales se les pasó el cuestionario MBI (Maslach Burnout Inventory) el cual consta de 22 ítems que se agrupan en 3 subescalas: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Los resultados fueron procesados mediante el programa SPSS versión 22 (Statistical Package for the Social Sciences) y en el que se tuvo en cuenta el sexo del trabajador, así como la edad y los años trabajados en el servicio de Urgencias.

En general en los resultados pudo observarse que en las 3 categorías profesionales ser mujer, de edad más avanzada y mayor tiempo trabajado en Urgencias predisponía a nivel alto de agotamiento emocional y despersonalización y nivel bajo de realización personal (este último puntúa en negativo respecto a las dos subescalas anteriores).

En base a los resultados se ha elaborado un plan de intervención para el desarrollo del riesgo psicosocial que la presencia del burnout conlleva.

PALABRAS CLAVE: agotamiento emocional, burnout, despersonalización, prevención, riesgo psicosocial, organización del trabajo, realización personal.

ABSTRACT: Burnout syndrome, translated into Spanish as burned worker syndrome, has been considered by the WHO as an occupational disease since January 2022 due to the characteristics that motivate its appearance, including it among the main mental health problems in its International Classification of Diseases.

This syndrome causes emotional exhaustion in workers, increasing work stress and leading to a feeling of passivity, neglect and inefficiency that endangers their relationships in the different spheres of the worker: family, social relationships, professional relationships, among others.

The study presented below is aimed at detecting levels of burnout among workers in the Emergency Department of a third-level hospital. The study included 110 workers from 3 professional categories: FEA (faculty specialist area/adjunct), DUE (university diploma in Nursing) and TCAE (Nursing Auxiliary Care Technician). These professionals were given the MBI (Maslach Burnout Inventory) questionnaire, which consists of 22 items that are grouped into 3 subscales: emotional exhaustion, depersonalization, and personal accomplishment.

The results were processed using the SPSS program 22 version (Statistical Package for the Social Sciences) and in which the sex of the worker was taken into account, as well as the age and years worked in the Emergency Department.

In general, in the results it was observed that in the 3 professional categories, being a woman, being older and working longer in the Emergency Department predisposed to a high level of emotional exhaustion and depersonalization and a low level of personal accomplishment (the latter scores negatively with respect to the two subscales above).

Based on the results, an intervention plan has been developed for the development of the psychosocial risk that the presence of burnout entails.

KEYWORDS: emotional exhaustion, burnout, depersonalization, prevention, psychosocial risk, work organization, personal fulfillment.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 HISTORIA DEL SÍNDROME BURNOUT	1
1.2 ETIOLOGÍA.....	2
1.3 TIPOS DE BURNOUT.....	3
1.4 EPIDEMIOLOGÍA.....	5
1.5 FACTORES DE RIESGO DE BURNOUT	6
1.6 MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO	6
1.7 PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO	8
1.8 BURNOUT SEGÚN LA OMS.....	10
1.9 BURNOUT Y LA COVID-19	12
2. JUSTIFICACIÓN	16
3. OBJETIVOS.....	17
4. METODOLOGÍA.....	18
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	21
5.1 AGOTAMIENTO EMOCIONAL.....	24
5.2 DESPERSONALIZACIÓN	36
5.3 REALIZACIÓN PERSONAL	44
6. CONCLUSIONES	65
7. BIBLIOGRAFÍA.....	67

INDICE DE ACRÓNIMOS

AE: agotamiento emocional

CIE: Código Internacional de Enfermedades

D: despersonalización

DUE: diplomado universitario en Enfermería.

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

FEA: facultativo especialista de área/adjunto.

MBI: Maslach burnout inventory (en español inventario de burnout de Maslach).

OMS: Organización Mundial de la Salud

RP: realización personal

TCAE: Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería

TEA: trastorno de estrés agudo

TEPT: trastorno de estrés postraumático

STS: estrés traumático secundario



1. INTRODUCCIÓN

1.1 HISTORIA DEL SÍNDROME BURNOUT

Fue en los años 70 cuando por primera vez apareció el concepto burnout, traducido al español como síndrome de quemarse, desgaste psíquico, agotamiento emocional, síndrome de deterioro o desgaste emocional. En su inicio fue identificado mediante observaciones clínicas y posteriormente empíricas [1].

El síndrome clínico de burnout lo describió por primera vez en 1974 el Psiquiatra americano Herbert Freudenberger que lo define como «un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo». Freudenberger apunta a un mayor riesgo de padecer en las llamadas profesiones de ayuda en las cuales hay mayor enfrentamiento con el dolor y la enfermedad y con un perfil de trabajadores jóvenes, optimistas entregados al trabajo en exceso. [2]

En estos primeros años el concepto de burnout no despertó gran interés dentro de la comunidad científica hasta que en 1982 la psicóloga americana Christina Maslach publica sus primeros trabajos definiendo las bases que caracterizan a este síndrome.

Describe que el burnout involucra cansancio personal, despersonalización y baja realización personal, que sigue a la presentación de estrés laboral por un tiempo prolongado con mala gestión de dicho estrés.

Los trabajos de Maslach han sido muy influyentes para la comunidad científica hasta el día de hoy muestra de ello fue la creación del MBI (Maslach Burnout Inventory) junto a Jackson y a Leiter que es uno de los test más aplicados en el área a día de hoy para medir el índice de burnout [3].

El MBI consiste en un cuestionario compuesto de 22 ítems basado en las respuestas de los trabajadores ante diferentes situaciones en su vida cotidiana laboral, para objetivar y evaluar las tres características básicas del síndrome: el agotamiento emocional, sensación de cansancio con manifestaciones tanto psíquicas (ansiedad, angustia, disfunciones sexuales, fatiga crónica...) como físicas (colon irritable, dispepsias, cefaleas, mialgias...); la despersonalización, trastornos conductuales de aislamiento, insensibilidad, deshumanización, negativismo, distanciamiento hacia los compañeros e incluso cinismo hacia los pacientes, y la baja realización personal, que consiste en sentimientos de insatisfacción por logros profesionales alcanzados y deseo de abandono. La finalidad de la creación del cuestionario es que se apliquen modificaciones que alivien el problema [4,5].

La persistencia de factores estresantes a nivel laboral mantenidos en el tiempo mal gestionados por parte del trabajador lleva a cronificar el estrés hiperactivando al sistema simpático sin resolución, que a la larga sobrepasa la capacidad de la contención fisiológica de la persona, y se manifiesta por la triada de agotamiento, despersonalización y sensación de no realización que define el burnout. Posteriormente viene la aparición de síntomas graduales, que solo reflejan el estrés que no fue resuelto [3].

El estrés crónico según Gil Monte y Peiró en 1997 (citado por Lovo, 2020) produce alteraciones psicofisiológicas en la persona resultado de una experiencia subjetiva de actitudes, cogniciones y sentimientos desencadenando consecuencias negativas para las instituciones laborales [3,6].

Schaufeli y Enzmann (1998), lo definen como un estado mental negativo y constante relacionado con el trabajo que aparece en individuos normales y es manifestado por malestar, disfuncionalidad a nivel laboral, con sensación de no ser competente y produce desmotivación [3,7].

El agotamiento emocional está más asociado a sintomatología depresiva que la despersonalización o la realización personal por lo que es considerado la pieza central de la definición original de burnout [3,8].

1.2 ETIOLOGÍA

Estrés laboral y burnout

El estrés laboral es definido como “un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento del trabajador a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, el entorno o la organización del trabajo”. Es un estado caracterizado por altos niveles de excitación y de angustia con la frecuente sensación de no poder afrontar la situación laboral.

La cronificación del estrés laboral da como resultados el denominado desgaste profesional, burnout o síndrome del trabajador quemado.

Ambas son dos entidades cuantitativa y cualitativamente diferentes.

El burnout se diferencia del estrés laboral por su carácter crónico y por las siguientes características:

- Además de la carga cuantitativa, deben darse otro tipo de elementos para que se produzca.

- Los periodos de descanso y vacacionales no lo disminuye.
- Previo a su aparición, el trabajador se ha encontrado motivado por su trabajo manteniendo unas expectativas que no se han cumplido.
- Es una pérdida de contextualización cognitiva y quienes lo sufren tienden a ocultar sus sentimientos cuando se les pregunta

El estrés laboral es entendido como un proceso que tiene efectos positivos y negativos para la vida del sujeto, mientras que el burnout sólo tiene efectos negativos [9,10].

1.3 TIPOS DE BURNOUT

• **Burnout clásico:** definido clásicamente por las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y falta de [11,12].

- **Agotamiento emocional:** es la sensación de la incapacidad de poder más de uno mismo en el trabajo motivado por una exposición prolongada a niveles de exigencia elevados
- **Despersonalización o cinismo:** es la demostración de una actitud distante hacia las tareas realizadas, ante los compañeros de trabajo y respecto a los receptores del servicio prestado.
- **Falta de realización:** es el sentimiento de incompetencia por parte del trabajador, la sensación de no realizar adecuadamente las tareas.

Esta clasificación es considerada como estándar, pero presenta debilidades psicométricas, se realiza mediante la agrupación factorial de un conjunto de ítems en lugar de desarrollarse mediante una observación clínica ni ha sido fundamentada en una teorización sistemática del síndrome [12,13,14].

Tampoco clarifica el tipo de relaciones que presenta entre los componentes que la constituyen ni son aclarados los antecedentes ni las consecuencias generales del síndrome, por lo que es considerado que no posee la estructuración teórica necesaria [12,15].

Otra de las debilidades de la definición clásica del burnout sería el homogeneizar a todos los casos mediante una definición basada en los mismos síntomas para todos ellos, ya que la realidad psicosocial puede ser diferente de unos a otros [16].

Por este motivo han realizado una clasificación con 3 subtipos

▪ **Burnout frenético:** se trata de un subtipo de burnout que se caracteriza por trabajar cada vez más intensamente hasta llegar al agotamiento en busca del éxito que compense sus esfuerzos. Este tipo ante la dificultad de reconocer sus limitaciones se extenua en el intento por lograr el éxito. Manifiesta una gran sobrecarga con la consideración que está poniendo en peligro su salud y exponiendo su vida personal en el intento del éxito laboral. Este perfil tiene elevados niveles de agotamiento emocional, intenta solucionar los problemas de forma activa echando más horas semanales al trabajo o mediante la implicación de diferentes trabajos al mismo tiempo. Son continuas sus quejas de la estructura jerárquica de la empresa y sufre estrés al intentar conseguir las metas tan altas que se ha planteado y la frustración en caso de no lograrlas [12,16].

▪ **Burnout sin desafíos:** este tipo se enfrenta a condiciones monótonas que no proporcionan el grado de satisfacción personal necesario que degenera en el deseo de cambiar de trabajo. Caracterizado por la indiferencia ante las tareas realizadas, mostrando desinterés y superficialidad al desempeño de las mismas, todo ello motivado por la falta de estimulación.

Este perfil está relacionado con elevados niveles de despersonalización y de cinismo, más expuesto a él los trabajos con tareas rutinarias y repetitivas.

Presentan repetidas quejas respecto a la rutina que sus obligaciones le imponen y además se crea un sentimiento de culpa ambivalente relacionado con el hastío que el trabajo le produce y el deseo de cambiar el mismo. [12].

▪ **Burnout desgastado:** presenta sentimiento de desesperanza debido a la sensación de falta de control sobre su trabajo y por la falta de reconocimiento al esfuerzo invertido y como último recurso actúa con negligencia al estrés por falta de gratificaciones. Caracterizado por sentimientos de ineficacia e incompetencia por la falta de reconocimientos. Su principal fuente de estrés es la frustración por lo que hace un uso pasivo del afrontamiento del estrés mediante la desconexión laboral que a la vez le hace sentir culpable.

En resumen, el perfil frenético tiene un afrontamiento laboral activo, en el perfil sin desafíos el afrontamiento es evitativo y en el desgastado el afrontamiento es pasivo. Por lo que el nivel de dedicación a las tareas se consideraría un criterio de clasificación y a su vez ser considerados como diferentes etapas en el desarrollo del síndrome.

Estos perfiles pueden ser evaluados a través del “Cuestionario de Subtipos Clínicos de Burnout, mediante su versión extensa (BCSQ-36) o abreviada (BCSQ-12), [12].

1.4 EPIDEMIOLOGÍA

Todas las profesiones pueden verse afectadas por el síndrome de burnout. Su prevalencia depende del tipo de profesión, la carga laboral y entre otras variables de la percepción que tienen los trabajadores sobre lo realizados que se encuentren con su trabajo. Está documentado que el personal dedicado a la salud principalmente médicos y enfermeros son de los más afectados por el síndrome [3,17].

Un estudio realizado por Dyrbye et al. (2010), publicado en JAMA concluye que entre los estudiantes de medicina hasta un 49,6% pueden padecer síndrome de sobrecarga emocional [18].

Tironi et al. (2016), realizaron un estudio epidemiológico descriptivo con una muestra de 180 médicos, pudo observarse una prevalencia de burnout del 61,7% cuando se considera un nivel alto en al menos una dimensión y de 5% con un nivel alto en tres dimensiones simultáneamente [19].

En una revisión sistemática realizada por Ochoa González (2017) se obtuvo un total de cuatro artículos que cumplían con los criterios necesarios, los estudios realizados sobre estrés laboral crónico en diferentes países describieron cifras elevadas de ausentismo laboral en trabajadores afectados por éste. En términos de seguridad del paciente, se encontró que los médicos con burnout tienen una probabilidad mayor de cometer errores médicos [20].

López-Soriano y Bernal (2002) realizaron un estudio descriptivo transversal dirigido a personal de enfermería y auxiliar de clínica en el que se observaron cifras elevadas de agotamiento emocional el 26,5% (intervalo de confianza [IC] del 95%: 21,6-31,8).

El porcentaje de despersonalización fue del 30,0% (IC del 95%: 24,9-35,1).

Porcentaje que descendió en lo relacionado con falta de realización personal que fue del 20,2% (IC del 95%: 15,4-25,1).

Hubo un menor porcentaje de desrealización en enfermería en comparación con las auxiliares, siendo menor también entre las jóvenes con menor antigüedad en la profesión. Las puntuaciones en despersonalización fueron menores en el personal interino. Las tres dimensiones se correlacionaron entre sí [21].

1.5 FACTORES DE RIESGO DE BURNOUT

La presencia de falta de personal lo que supone sobrecarga laboral, la turnicidad, el trato con usuario problemático, la falta de especificidad de funciones y tareas, el estrecho contacto con muerte, dolor y enfermedad, la falta de autonomía y autoridad a la hora de tomar decisiones laborales y los avances tecnológicos se han considerado estresores como factores de riesgo para presentar síndrome de burnout [3,22].

Se han hecho gran número de clasificaciones de los factores considerados como de riesgo como es el ejemplo de Gil Monte y Peiró (1997) que describe cuatro niveles de factores de riesgo para el desarrollo del burnout Factores individuales [23].

- Relaciones interpersonales
- Nivel organizacional
- Entorno social

Los factores de riesgo son multivariados y engloban factores personales, sociales, organizacionales y laborales hasta culturales, lo más importante es saber reconocerlos para gestionar su prevención [3].

1.6 MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO

Se han descrito tres componentes como parte del síndrome: agotamiento emocional (pérdida de energía, desgaste, fatiga), despersonalización o deshumanización (cinismo, actitudes negativas e insensibilidad) y baja realización personal

Se sistematizan cuatro niveles clínicos de burnout [3,24]:

- **Formas leves:** cansancio, dificultad para levantarse y quejas vagas
- **Formas moderadas:** suspicacia, aislamiento y negativismo.
- **Formas graves:** ausentismo, aversión, abuso de estupefacientes y repuesta enlentecida.
- **Formas extremas:** suicidio, colapso, aparición de cuadros psiquiátricos y aislamiento completo.

El síndrome burnout tiene signos y síntomas muy variados, afecta a la mayoría de las profesiones, se afectan todos los sistemas orgánicos, en detrimento de la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Se describen las siguientes manifestaciones:

Cognitivas: desorientación cognitiva, pérdida de significado y de valores, modificación del concepto de sí mismo, pérdida de expectativas, aumento de cinismo y criticismo, distracción elevada.

En el ámbito conductual predomina: ausentismo, dejar de lado las responsabilidades, autosabotaje, desvalorización, desorganización, no toma de decisiones, aumento de consumo de café y adicción a tabaco, alcohol y sustancias tóxicas [3].

Psiquiátricas: Deterioro paulatino de la persona, depresión y ansiedad crónicas, alteraciones del carácter, suicidios, disfunción familiar y presencia de adicciones. Como síntomas emocionales se encuentran el agotamiento emocional, irritabilidad, hostilidad, dificultad para la expresión y control de emociones, aburrimiento, ansiedad, impaciencia, síntomas depresivos y desorientación [3].

Somáticas: Jaquecas, palpitaciones, hipertensión, diarrea, insomnio, dolor precordial, asma, catarros frecuentes, alteraciones menstruales, fatiga crónica, lumbalgias, cervicalgias y alergias [3,25].

A nivel laboral se encuentra disminución de la capacidad para trabajar y disminución de la calidad del servicio prestados, a la hora de interactuar hay un aumento de la hostilidad y problemas a la hora de la comunicación.

Respecto a los problemas sociales que este síndrome desarrolla están los conflictos interpersonales, aislamiento, problemática familiar y evitación profesional [3].

Para el diagnóstico del síndrome burnout se han desarrollado varios instrumentos en los últimos años, aunque el que continúa siendo más utilizado es el Maslach Burnout Inventory (ver Tabla 2, apartado metodología) que en su forma original consta de 22 ítems, divididos en tres subescalas: subescala agotamiento emocional compuesta por 9 ítems, subescala despersonalización compuesta por 5 ítems y subescala realización personal formada por 8 ítems [11].

Otras pruebas disponibles son los siguientes: Cuestionario Breve de Burnout, El Burnout Measure, Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, el Inventario de Burnout de Psicólogos, Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería, Cuestionario de Burnout para el Profesorado rev., Holland burnout Assessment Survey, Teacher Burnout Questionnaire y Staff Burnout Scale for Health Professionals.

Se han desarrollado otros instrumentos más recientes como: Copenhagen Burnout Inventory, Oldenburg Burnout Inventory y el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse en el Trabajo [3,26].

1.7 PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Las intervenciones para la prevención del síndrome de burnout abarcan actividades para el bienestar psicológico de la población y de la promoción de la salud.

La persona necesita el trabajo para su subsistencia, las condiciones del mismo deben ser favorables: clima organizacional agradable, sistemas justos de promoción, que el sueldo sea acorde a la cobertura de las necesidades primarias del trabajador.

Es necesaria la realización de ajustes en las organizaciones con el fin que se evite el desarrollo del burnout. Para ello es necesario también la detección temprana de síntomas de burnout en el trabajador, dar soporte social en caso de ser necesario y derivarlo a recibir ayuda médica o psicológica. Los dos métodos terapéuticos más eficaces que se conocen son las técnicas cognitivas conductuales y la psicoterapia.

Los trabajadores sanos son más productivos que los que sufren burnout por lo que hay que priorizar la salud laboral [3].

Se han desarrollado medidas de apoyo para las diferentes áreas [3,27]:

- Emocional: mediante muestras de afecto, preocupación y confianza sobre los trabajadores.
- Informativa: para que los trabajadores conozcan el síndrome burnout y la forma de evitarlo.
- Evaluativa: *feed-back* del trabajador sobre sus actividades realizadas con el fin de optimizar el desempeño de sus tareas.
- Instrumental: adecuados recursos materiales para realizar el trabajo y adecuados incentivos económicos.

Cita Lovo a López-Elizalde (2004), que describió una serie de puntos para la prevención del síndrome burnout para los profesionales de la salud [3,28]:

1. Desarrollar un proceso personal de adaptación de expectativas a la realidad cotidiana.
2. Formación.

3. Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo.
4. Fomento de buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
5. Limitar la agenda labora.
6. Tiempo adecuado para cada paciente.
7. Minimizar la burocracia con apoyo de personal auxiliar.
8. Formación continua dentro de la jornada laboral.
9. Coordinación con espacios comunes, objetivos compartidos.
10. Diálogo efectivo con las autoridades.

El síndrome burnout es un problema complejo que entraña dificultad en su abordaje.

Existen intervenciones individualizadas que se centran en la persona proponiendo medidas de afrontamiento, modificación de los estilos de vida y gestión del tiempo. Esta propuesta basada en el individuo es la más utilizada y contempla que el trabajador sufre burnout consecuencia de su propia personalidad, carácter o conducta por lo que las estrategias utilizadas para paliar el burnout tienen que ser individuales con la promoción de medidas de afrontamiento ante las crisis [29].

Otra perspectiva de enfoque es que la causa del burnout se encuentra en la interacción entre las personas con el sistema laboral, por lo que los cambios organizacionales serían el punto principal para la prevención del burnout. Este enfoque social del burnout avala los cambios de organización laboral y de las relaciones interpersonales como medida de prevención [3,30].

El reconocimiento de los estresores con el fin de lograr eliminarlos, la mejora organizacional, mejora de la calidad de vida gracias a la promoción de estrategias de afrontamientos han resultado de utilidad.

Es necesario fomentar y fortalecer el tema de habilidades sociales y el apoyo social a los trabajadores.

La intervención a nivel individual resulta más fácil que a nivel organizacional. Intervenir sobre la estructura del sitio de trabajo es complejo debido a la rigidez que existe en los modelos que difícilmente se abren al cambio.

Las sugerencias a nivel organizacional proponen la descentralización jerárquica con el fin de dotar al trabajador de mayor autonomía, estructuras más horizontales, apoyar la formación, así como la mejora de las relaciones interpersonales [3].

Lovo cita a Moss (1989), que recomendaba intervenciones personales como fijar metas y objetivos personales y laborales alcanzables, buscar oportunidades para el aprendizaje y el crecimiento laboral, gestionar bien el tiempo, rentabilizar el tiempo personal y el laboral [3,31].

1.8 BURNOUT SEGÚN LA OMS

En el año 2000, la Organización mundial de la Salud (OMS) lo define como «una enfermedad de riesgo laboral que causa detrimento del bienestar mental» [32].

El síndrome de burnout es considerado como un factor de riesgo laboral por las limitaciones que puede producir en la calidad de vida del trabajador pudiendo verse afectadas todas las esferas de la vida personal, llegando incluso a poner en peligro su vida [24].

Su definición no se encontraba recogida en los manuales DSM-V, ni en el CIE- 10, pero se describía como una manera inapropiada de enfrentarse al estrés producido por el trabajo cuyos rasgos principales eran el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución de la realización personal [33].

-Síndrome burnout como enfermedad del trabajo.

En la 72ª edición de la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS celebrada entre los días 22 y 28 de mayo de 2019 en Ginebra (Suiza) fue presentada la Undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). Como punto novedoso se encontró la inclusión del síndrome burnout en CIE como un problema por desgaste profesional relacionado directamente con el trabajo.

Hasta ese momento el síndrome de burnout se encontraba incluido entre los “problemas relacionados con la dificultad en el control de la vida” (Z73.0), en la categoría genérica de “personas que entran en contacto con los servicios sanitarios en otras circunstancias” [34].

El pasado 1 de enero de 2022 entró en vigor la nueva clasificación de la CIE-11, que recoge ya el síndrome de burnout como enfermedad del trabajo. El síndrome de desgaste profesional se ha incluido en el capítulo 24: “Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con

los servicios de salud”, en la subcategoría de “problemas asociados con el empleo y el desempleo” y codificado como QD85: Síndrome de desgaste ocupacional (Tabla 1).

Con esta nueva contextualización, los profesionales de la psicología ven facilitada la prevención del síndrome y los profesionales de la salud mejoran el abordaje del mismo a nivel diagnóstico, preventivo y de tratamiento.

La CIE-11, define el burnout como “resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito”.

Caracterizado por 3 aspectos importantes:

1) cansancio o agotamiento emocional: a consecuencia del fracaso frente al intento de modificar las situaciones estresantes. Caracterizado por la pérdida progresiva de energía, presencia de fatiga y desgaste.

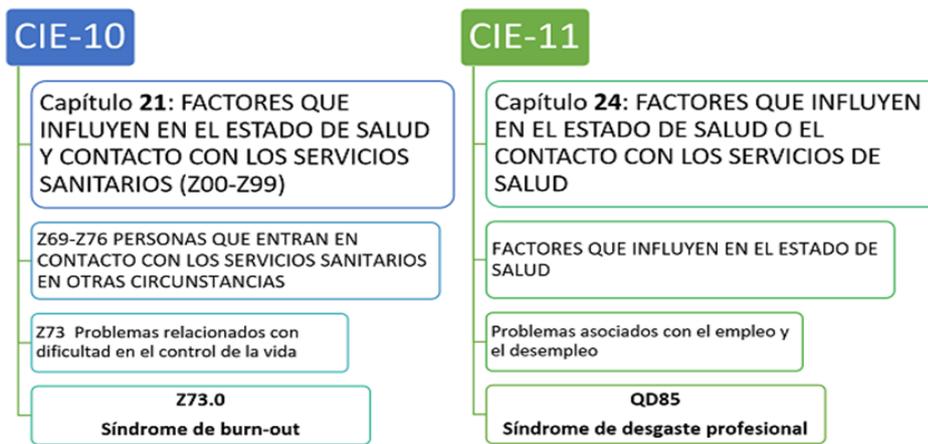
2) aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo. Es el núcleo del burnout.

3) una sensación de ineficacia y falta de realización: cuando aparece el trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto.

El síndrome burnout es consecuencia de condiciones adversas a nivel de la organización en el trabajo por lo que no se debe aplicar a otras áreas de la vida del trabajador que no sea la meramente laboral. Esta consideración de origen laboral del síndrome supone un paso fundamental en el reconocimiento de los riesgos psicosociales a los que el mundo laboral está expuesto.

Matizar la importancia de la creación de estrategias de prevención primaria desde el ámbito de la psicología laboral con el fin evitar la aparición del riesgo psicosocial y el desarrollo del síndrome de burnout [35].

Tabla 1. Clasificación anterior y actual del síndrome burnout (tabla sacada de INSTT, 14 de enero de 2022 versión online).



1.9 BURNOUT Y LA COVID-19

El día 11 de abril de 2020 el Director General de la OMS declaró pandemia el brote del nuevo coronavirus SARS-CoV-2 causante de la COVID-19. Este nuevo virus surgido en China en diciembre de 2019 causante de una neumonía viral atípica grave se extendió rápidamente por todo el país, causando un número significativo de muertes y posteriormente tuvo una expansión mundial [36].

A partir de este crítico momento la salud mental de la población comenzó a verse afectada, principalmente la de los colectivos que han estado en primera línea de batalla contra el SARS-CoV-2 como es el caso de los profesionales sanitarios participando directamente en la atención, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes con COVID-19. En la asistencia sanitaria en primera línea, principalmente Servicio de Urgencias, Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y Neumología ha aumentado el riesgo de desarrollar estrés crónico, angustia psicológica entre otros síntomas que afectan a la salud mental [37].

La falta de información en los primeros momentos de la pandemia, falta de previsión, protocolos de actuación que variaban continuamente pudieron ser consecuencia de desmotivación, aumento de estrés y alteraciones en la salud mental entre estos trabajadores que siempre han tenido una identidad social y profesional se han caracterizado por la experiencia y estar capacitados para gestionar exigencias emocionales y cognitivas intensas [38,39].

Igualmente ha sido de alto impacto psicológico las condiciones laborales a las que se vieron sometidos (déficit de recursos materiales, entre ellos falta de equipos de protección individual o EPIS, aumento de la carga laboral con turnos más largos, interrupción de los patrones de sueño...), así como condicionantes sociales (pérdida de equilibrio entre la vida laboral y social, distanciamiento social), familiares (pérdida de equilibrio entre la vida laboral y familiar, miedo a poder contagiar a sus seres queridos), factores relacionados con sus pacientes (relación estrecha con la muerte debido a la elevada mortalidad por causa la COVID-19, conflictos éticos) [38,40].

Han sido numerosos los estudios llevados a cabo desde el inicio de la pandemia para la valoración del impacto en la salud mental en esta población de riesgo.

En la revisión sistemática realizada por García-Iglesias et al. (2020), en la que se incluyeron un total de 13 estudios concluyó que la salud mental de los profesionales sanitarios se vio alterada por la covid-19, principalmente los que estaban en primera línea, pero con niveles inferiores a los de la población general principalmente en la valoración del estrés. Pudo observarse una amplia variabilidad de resultados, viéndose niveles medio-altos de ansiedad (26,5%-44,6%), depresión (8,1%-25%), preocupación e insomnio (23,6%-38%), y, paradójicamente, niveles de estrés por debajo de lo esperado (3,8%-68,3%) [41].

Los resultados del estudio realizado por Ibar et al. (2021) en el que se evaluaron los niveles de cortisol como biomarcador del estrés, elevado en el 40% de la población sanitaria estudiada manteniendo una correlación directa con el nivel de estrés percibido y con el agotamiento emocional de burnout. El 12% de la población estudiada presentaba burnout (mayormente médicos y médicos residentes) con niveles elevados de cortisol vs al porcentaje de la población sin burnout.

La conclusión de este estudio fue que los profesionales de la salud estudiados durante la pandemia por SARS-CoV-2 presentan niveles elevados de estrés y agotamiento, así como alta despersonalización, agotamiento emocional y falta de realización laboral [42].

Luceño-Moreno et al. (2020), realizaron un estudio en el que fueron analizados síntomas de estrés postraumático, ansiedad, depresión, niveles de resiliencia y agotamiento emocional en el personal sanitario español durante la pandemia de COVID-19. La muestra estudiada incluía

1539 participantes sanitarios en contacto estrecho con pacientes infectados por SARS-CoV-2.

Pudo observarse que la fatiga emocional y la despersonalización tienen una relación directa con ansiedad, depresión y con estrés postraumático, mientras que el logro personal estaba en relación inversa con ansiedad y depresión.

El estudio concluye también diciendo que la resiliencia (capacidad de afrontar la adversidad) está inversamente relacionada con los síntomas de estrés postraumático, ansiedad y agotamiento emocional, presentando los profesionales sanitarios a estudio niveles moderados de resiliencia (medida por Escala Breve de Resiliencia), siendo por tanto considerada la resiliencia como un factor protector.

Fueron también factores protectores de sufrir esta serie de síntomas pertenecer al sexo masculino, ser médico y no estar casado, tener equipos de protección individual (EPI).

VARIABLES DE RIESGO ASOCIADAS CON LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD SON SER MUJER, TENER UN TURNO DE GUARDIA DE 12 O 24 HORAS Y ESTAR PREOCUPADA DE QUE UNA PERSONA CON LA QUE VIVE PUEDA ESTAR INFECTADA [43].

La revisión sistemática realizada por Danet, (2021), tuvo como objetivo conocer los niveles de estrés, ansiedad, depresión, alteración del sueño y burnout, entre el personal sanitario de primera línea en la asistencia a pacientes con SARS-CoV-2 y comparándolo con el resto de los profesionales sanitarios.

Respecto a la variable burnout, cuando se estudió al personal sanitario en general se observó agotamiento emocional en niveles altos (el 32%) y niveles medios (36%), despersonalización alta (12%) y moderada (14%) mayormente en el personal de primera línea con alta carga laboral y menor edad.

Cuando fueron estudiados de forma aislada los de primera línea los porcentajes de agotamiento emocional fueron alto (37%) y medio (23%), respecto a la despersonalización alto (25%) y medio (22,9%). La población que con mayor intensidad se vio afectada por el síndrome de burnout fue el sexo femenino, de categoría profesional enfermera [38].

El estudio publicado por Raudenská et al. (2020), consiste en una revisión exhaustiva en la que estudian especialmente trauma psicológico (emocional), trastorno de estrés agudo (TEA) y trastorno de estrés postraumático (TEPT), evento traumático masivo, estrés traumático secundario (STS), lesión moral y burnout para para entender con mayor facilidad los problemas de salud mental consecuencia de la pandemia por COVID-19.

Respecto al burnout habla de la susceptibilidad de los profesionales sanitarios para sufrirlo dada la naturaleza exigente de su profesión y entorno de trabajo, por lo que la prevalencia del burnout es elevada en este colectivo [38].

Los síntomas asociados al burnout son ansiedad, depresión, menor satisfacción y calidad de la atención, así como TEPT y aumento de la tasa de suicidio entre la demografía. Por lo tanto, es necesario considerar la línea de base psicológica de los profesionales de la salud dadas las situaciones potencialmente traumáticas a las que pueden estar expuestos durante COVID-19 [44,45].

Raudenská et al., citan a Styra et al. (2008), que realizaron un estudio sobre el brote de SARS de 2002-2004, epidemia ocasionada por el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS o SRAG) causado por SARS-CoV, antecesor del SARS-CoV-2 y cómo afectó a la salud mental de la población sanitaria.

Fueron examinados los impactos psicológicos del brote, encontrando un mayor riesgo de TEPT y un aumento general de los trastornos de salud mental durante y después de la epidemia entre la población tanto la general como la formada por los profesionales de la salud.

Concluyeron que los trabajadores sanitarios en general presentaban niveles elevados de angustia, pero que los que trabajaban en primera línea en contacto estrecho con afectados por SARS tenían niveles de angustia inferiores. Esto nos indica que la experiencia de los trabajadores sanitarios en el tratamiento de pacientes infectados puede ser un factor mediador [44,46].

Wu et al. (2020), realizaron un estudio cuyo objetivo era comparar la frecuencia de agotamiento entre los médicos y enfermeras en las salas de primera línea y la frecuencia del agotamiento de los profesionales sanitarios que continuaban trabajando en su sala habitual utilizando como medida el cuestionario MBI.

En el estudio se obtuvieron resultados poco esperados y fue ver que los sanitarios que estaban luchando en primera línea presentaban una frecuencia de burnout menor que los trabajadores que permanecían en sus salas habituales.

Concluyeron que este resultado podría ser debido a la sensación de control de la situación de los que trabajaban en primera línea, y este control en el lugar de trabajo tenía un componente motivador principal para el compromiso disminuyendo la aparición de burnout [4].

2. JUSTIFICACIÓN

La situación de estrés vivida por los trabajadores sanitarios, motivada por la pandemia por SARS-CoV2 desde marzo de 2020 y tras trabajar intensamente durante 6 olas o picos pandémicos puede haber afectado en los niveles de burnout de los profesionales de la sanidad aumentándolos.

Los trabajadores de primera línea como es el caso de los servicios de Urgencias, UCI y Neumología se han visto sometidos a una alta carga asistencial. El miedo del personal sanitario al contagio, a la propagación del virus a sus familiares y seres queridos, el contacto estrecho con la muerte por una enfermedad desconocida hasta ahora, los cambios constantes de protocolos y falta de equipos de protección personal al inicio de la pandemia es probable que haya podido desencadenar una situación de estrés mal gestionada que sea causante de un síndrome de burnout.

La detección de altos niveles de burnout llevaría a la necesidad de aplicar una serie de medidas con el fin que los sanitarios vean descendido el riesgo psicosocial que supone y en consecuencia poder evitar que interfiera en la vida personal y laboral del trabajador y no se cronifique porque aumentaría la gravedad del síndrome.

El mecanismo de aparición de este síndrome generalmente es desconocido para el trabajador. La importancia de la formación en él radica que el propio trabajador y a nivel institucional puedan detectar a tiempo aquellos signos de alarma que indicaría la presencia de burnout pudiendo intervenir en el desarrollo del mismo desde una fase temprana para evitar eventos adversos en la vida del profesional.

Este trabajo se ha planteado para valorar en qué estado se encuentran los trabajadores de un servicio de Urgencias de un Hospital de tercer nivel durante la pandemia por la COVID-19 y plantear pautas organizacionales y personales para prevenir y mejorar desde el punto de vista de un Técnico en Prevención en Riesgos Laborales el avance del burnout.

3. OBJETIVOS

El objetivo principal sería la realización de una evaluación de riesgos psicosociales centrada en la detección del burnout entre los trabajadores del servicio de Urgencias de un Hospital de tercer nivel. El fin es actuar directamente sobre los factores asociados con el desgaste que permitirá prevenir el avance del burnout entre los trabajadores.

Los objetivos secundarios son la identificación de las dimensiones de burnout en el grupo de trabajadores sanitarios y localizar las características grupales que pueden ayudar a definir la presencia de este síndrome con la finalidad de optimizar la actuación preventiva.



4. METODOLOGÍA

El estudio realizado consiste en un estudio observacional, descriptivo, transversal. La población la componen 110 profesionales de la salud que trabajan en el servicio de Urgencias de un Hospital de tercer nivel. Se repartió el cuestionario MBI en soporte papel para rellenar de forma manual a profesionales de la salud de 3 categorías: médicos (FEA), enfermeros (DUE) y auxiliares de clínica (TCAE) durante su turno laboral. Se determina la asociación entre agotamiento emocional, despersonalización y realización personal (Maslach Burnout Inventory), en cada uno de los profesionales de la salud contestados de forma anónima.

Entre los datos recogidos a los encuestados venía reflejada la edad, el sexo del trabajador, la categoría profesional, los años trabajados en la puerta de Urgencias hospitalaria.

Los datos fueron volcados al programa informático SPSS. Versión 22, en la cual fueron analizadas cada una de las variables. Mediante la opción estadísticos descriptivos se han observado las frecuencias de las variables cualitativas. Para analizar las variables cualitativas y cuantitativas se han utilizado tablas de 2X2 mediante el empleo de la Ji-cuadrado se ha visto el α valor y su nivel de significación estadística, entendiéndose por este que valores de $p < 0,05$ indicaba la existencia de diferencias estadísticamente significativas.

El MBI (inventario de burnout de Maslach) son una serie de enunciados acerca del trabajo y de los sentimientos que este despierta en el trabajador (Tabla 2). El objetivo de este test es ayudar a conocer las condiciones laborales y mejorar el nivel de satisfacción de los trabajadores. Cada uno de los ítems se responde expresando la frecuencia con la que se da dicho sentimiento marcando el número que considere más adecuado.

CORRECCIÓN TEST MBI:

Hay 3 subescalas: agotamiento emocional (AE), despersonalización (D), realización personal (RP).

1. **Subescala agotamiento emocional:** consta de 9 preguntas y valora la sensación de estar exhausto laboralmente por los requerimientos del trabajo. La puntuación máxima es 54. Está formada por los ítems 1,2,3,6,8,13,14,16 y 20. La puntuación está directamente relacionada con la intensidad del síndrome y su puntuación máxima es 54 puntos e indica que a mayor puntuación mayor es el AE y mayor es el nivel de burnout que sufre el trabajador.

2. **Subescala de despersonalización:** está compuesta por 5 ítems: 5,10,11,15,22. Esta valora el grado en que el trabajador reconoce actitudes de frialdad y de distanciamiento. Puntúa máximo 30 puntos y a mayor puntuación en esta subescala mayor es la despersonalización y el nivel de burnout sufrido por el trabajador.
3. **Subescala realización personal:** compuesta por los ítems 4,7,12,17,18,19,21, en total 8 ítems y la puntuación máxima es 48 puntos. Esta subescala puntúa en sentido inverso a las dos previas, a mayor puntuación mayor es el nivel de satisfacción del trabajador y menor es el grado de burnout.

Cada una de las 3 subescalas tiene una elevada consistencia interna, siendo el grado de agotamiento una constante en las 3 con diferente grado de intensidad.

La clasificación de la puntuación total del MBI son:

- Baja: entre 1 y 33 puntos
- Media: entre 34 y 66 puntos
- Alta: entre 67 y 99 puntos.

La clasificación según la subescala es:

- Agotamiento emocional (AE):
 - o >27: alto nivel de burnout
 - o 26-19: nivel intermedio
 - o <19: burnout bajo o muy bajo
- Despersonalización (D):
 - o ≥ 10 : nivel alto
 - o 9-6: nivel medio
 - o <6: nivel bajo de despersonalización
- Realización personal (RP):
 - o 0-30: baja realización personal
 - o 34-39: intermedia
 - o ≥ 40 : logro y satisfacción personal.

Una vez realizada la recogida de datos se llevaron a una tabla de SPSS versión .15 con el fin de analizar los resultados obtenidos para poder generar unas conclusiones mediante un estudio descriptivo.

Tabla 2. Test Maslach Burnout Inventory (MBI).

Test Maslach Burnout Inventory (MBI)								
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
2	Me siento cansado al final de una jornada laboral	0	1	2	3	4	5	6
3	Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada laboral	0	1	2	3	4	5	6
4	Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes/usuarios	0	1	2	3	4	5	6
5	Creo que trato a algunos pacientes/usuarios como objetos impersonales	0	1	2	3	4	5	6
6	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	0	1	2	3	4	5	6
7	Trato muy eficazmente los problemas personales	0	1	2	3	4	5	6
8	Me siento quemado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
9	Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas	0	1	2	3	4	5	6
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	0	1	2	3	4	5	6
11	Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
12	Me siento muy activo	0	1	2	3	4	5	6
13	Me siento frustrado en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
14	Creo que estoy trabajando demasiado	0	1	2	3	4	5	6
15	En realidad, no me preocupa lo que ocurre a alguno de mis pacientes/usuarios	0	1	2	3	4	5	6
16	Trabajar directamente con las personas me produce estrés	0	1	2	3	4	5	6
17	Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
18	Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
19	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	0	1	2	3	4	5	6
20	Me siento acabado	0	1	2	3	4	5	6
21	Trato los problemas emocionales con mucha calma en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
22	Siento que los pacientes/usuarios me culpan por algunos de sus problemas	0	1	2	3	4	5	6

0: Nunca 1: Alguna vez al año o menos 2: Una vez al mes o menos
 3: Algunas veces al mes 4: Una vez a la semana 5: Varias veces a la semana
 6: Diariamente

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El total de los 110 profesionales de la salud del servicio de Urgencias, un 70% (77) fueron mujeres y un 30% (33) hombres (Tabla 3, Figura 1).

Tabla 3. Frecuencias por sexos.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Hombre	33	30,0	30,0	30,0
Mujer	77	70,0	70,0	100,0
Total	110	100,0	100,0	

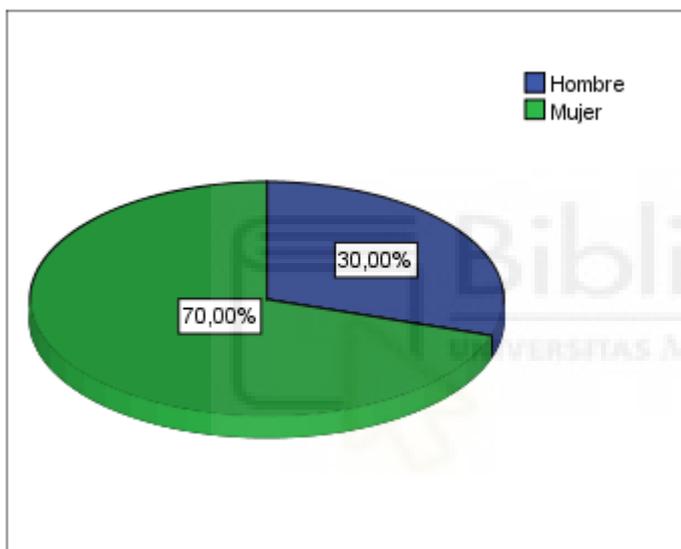


Figura 1. Porcentaje del total de trabajadores que respondieron el MBI por sexos.

Respecto a la **categoría profesional**, el 30% (33) eran facultativos especialistas adjuntos de Urgencias (FEA en adelante), el 39.09% (43) eran Diplomados Universitarios en Enfermería (DUE en adelante) y el 30.91% (34) fueron Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE en adelante), (Tabla 4, Figura 2).

Tabla 4. Frecuencias por categorías profesionales.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FEA URGENCIAS	33	30,0	30,0	30,0
	DUE	43	39,1	39,1	69,1
	TCAE	34	30,9	30,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

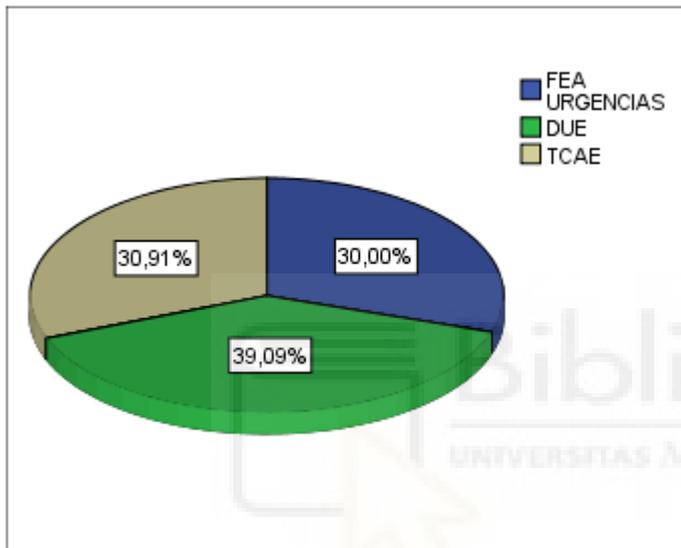


Figura 2. Porcentajes de distribución de las diferentes categorías profesionales.

La **edad media** de los encuestados fue de 43.42 ± 9.055 años con un valor mínimo de 27 años y un máximo de 64 años. (Figura 3).

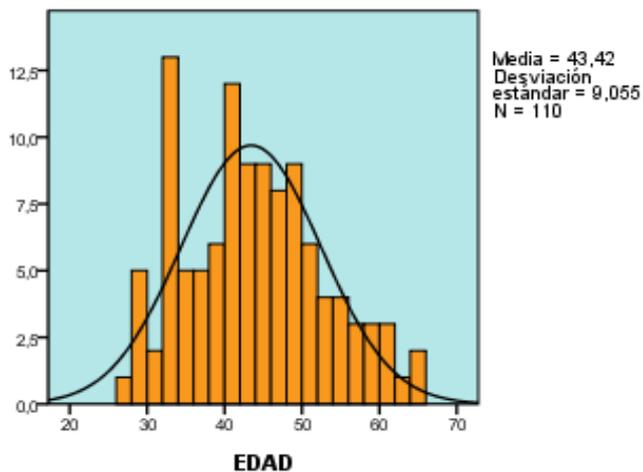


Figura 3. Distribución de la edad. La media del total de profesionales fue de 43.42 ± 9.055 años.

El **tiempo medio trabajado en Urgencias** de los 110 profesionales que respondieron al formulario MBI fue de 9.75 ± 8.867 años con un tiempo mínimo de 1 año y un máximo de 35 años en el servicio (Figura 4).

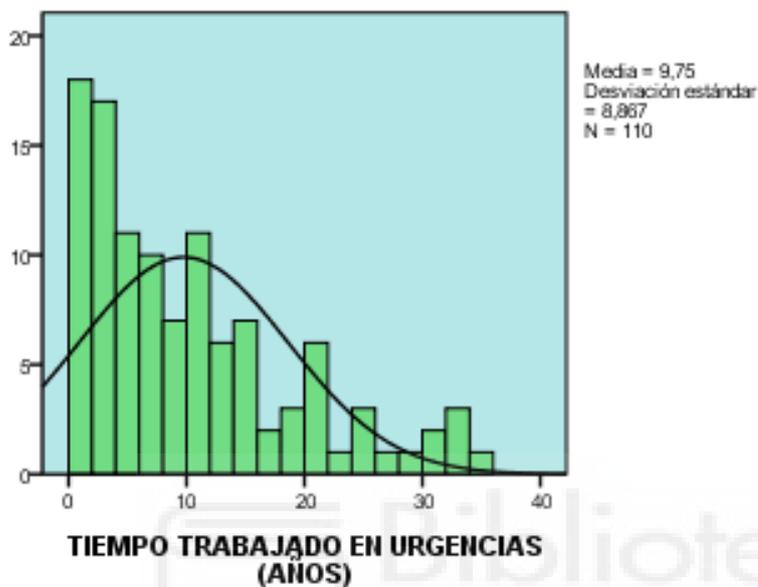


Figura 4. El tiempo medio de años trabajados en Urgencias entre los 110 trabajadores fue de 9.75 ± 8.8667 años.

El tiempo medio de **años dedicados a la sanidad** fue de 15.87 ± 8.402 años, con un tiempo mínimo de 2 años y un máximo de 40 años (Figura 5).

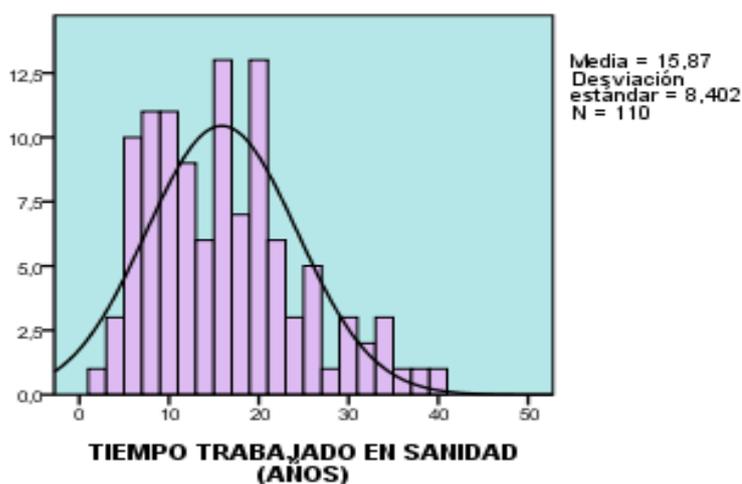


Figura 5. EL tiempo medio trabajado en sanidad entre los 110 trabajadores fue de 15.87 ± 8.402 años.

Han sido estudiadas las tres subescalas que definen el síndrome burnout: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. En torno a ellas se ha estudiado la relación con cada una de las tres categorías profesionales, en función de edad, sexo y años trabajados, siendo los resultados los que se exponen a continuación

5.1 AGOTAMIENTO EMOCIONAL

Del total de los 110 profesionales de la salud estudiados un 25.5% (28 profesionales) obtuvieron una puntuación >27 puntos, que define altos niveles de burnout.

El 25.5% (28 profesionales), puntuaron entre 19 y 26 puntos que definen niveles medios de burnout y el 49.1% (54 profesionales) obtuvieron una puntuación por debajo de 19 puntos que se traduce en niveles bajos o muy bajos de burnout. (Tabla 5, Figura 6).

Tabla 5. Frecuencias y porcentajes de niveles de AE en las 3 categorías profesionales.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Bajo	54	49,1	49,1	49,1
Medio	28	25,5	25,5	74,5
Alto	28	25,5	25,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

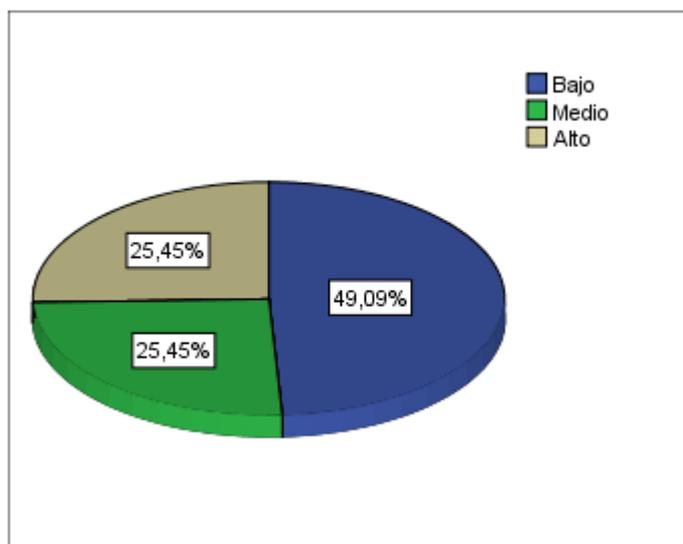


Figura 6. Porcentaje de agotamiento emocional distribuido por niveles.

Cuando el agotamiento emocional se comparó entre sexos (Figura 7), pudo verse que tuvieron niveles bajos de AE un 10.91% de los hombres (12 profesionales) y un 38.18% de mujeres (42 profesionales) entre el total de 54 que tuvieron niveles bajos.

Tuvieron niveles medios de AE un 12.73% de los hombres (14 profesionales) y un 12.73% de las mujeres (14 profesionales)

Presentaron niveles elevados de AE un 6.36% de los hombres (7 profesionales) y un 19.09% de las mujeres (28 profesionales). Presentaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0.042$).

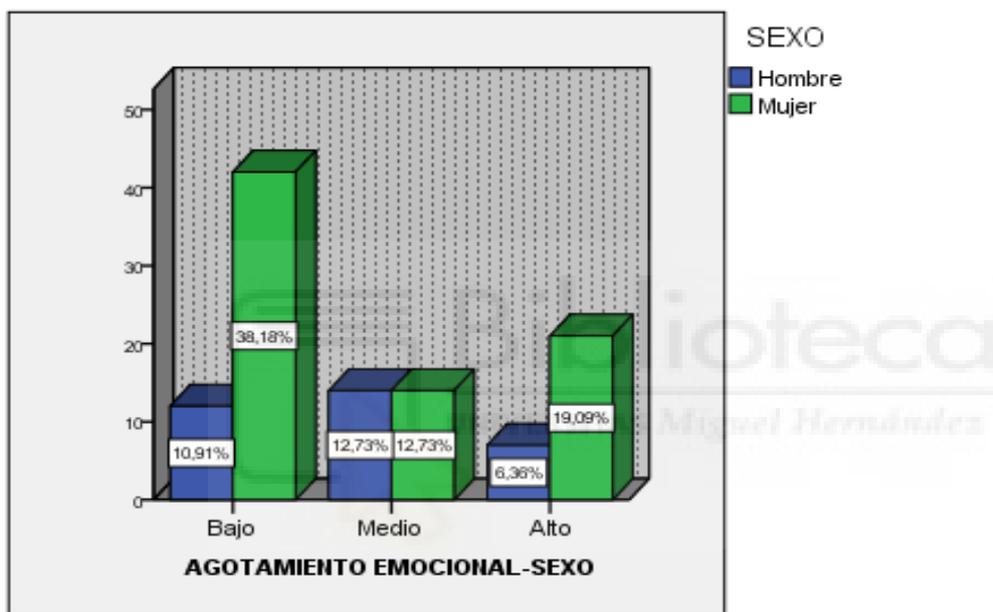


Figura 7. Distribución por sexo de los 3 niveles de agotamiento emocional ($p=0.042$)

Se revisó la variable agotamiento emocional por categorías profesionales y dentro de ellas subclasificaciones por sexo, edad y años trabajados en Urgencias obteniendo los resultados que se exponen a continuación.

5.1.1 AGOTAMIENTO EMOCIONAL EN FEA

Los FEA estudiados por sexo, mostraron del total de 33 médicos, que el 39.4% (13 casos) fueron hombres y el 60.6% (20 casos) mujeres. (Tabla 6, Figura 8).

Tabla 6. Frecuencias y porcentaje por sexo entre los FEA.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hombre	13	39,4	39,4	39,4
	Mujer	20	60,6	60,6	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

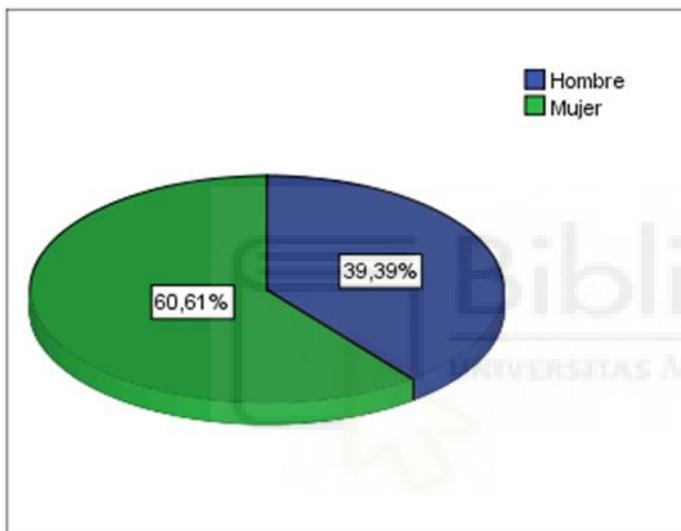


Figura 8. Porcentaje de hombres y mujeres entre los FEA.

Del total de 33 facultativos de la muestra estudiada, presentaron nivel alto de AE el 21.21% (7 casos), nivel medio el 21.21% (7 casos) y nivel bajo el 57.58% (19 casos).

(Tabla 7, Figura 9).

Tabla 7. Frecuencias y porcentajes de AE por niveles entre los FEA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	19	57,6	57,6	57,6
	Medio	7	21,2	21,2	78,8
	Alto	7	21,2	21,2	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

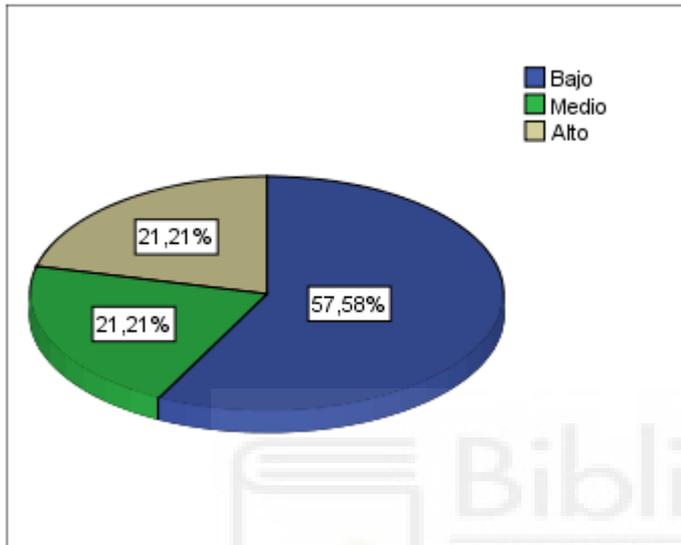


Figura 9. Porcentaje de facultativos (FEA) en los 3 niveles de agotamiento emocional.

Entre los FEA estudiados por sexo (Figura 10), presentaban un nivel de AE bajo el 21.21% de hombres (7 casos) y el 36.36% de las mujeres (12 casos).

Tuvieron un nivel medio de AE el 15.15% de los hombres (5 casos) y 6.06% de las mujeres (2 casos).

Dentro del nivel alto de AE se encontraron el 3.03% de los hombres FEA (1 caso) y el 18.18% de las mujeres (6 casos), con $p=0.023$.

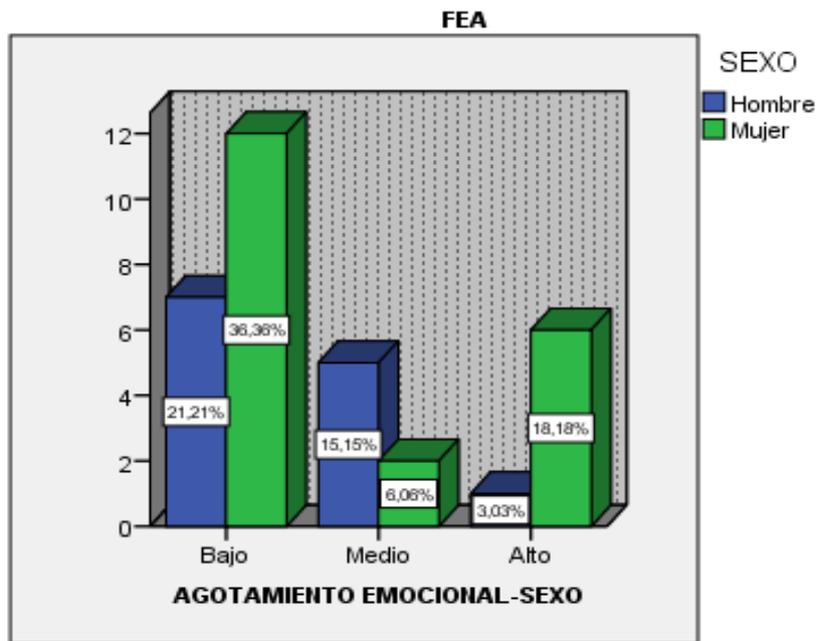


Figura 10. Distribución por sexo de los 3 niveles de agotamiento emocional entre los FEA ($p=0.023$)

En la Figura 11 que se muestra a continuación puede observarse que los FEA de menor edad presentaron un nivel de AE superior que los de edad más avanzada.

Con nivel medio de AE se encontraban facultativos de edad superior a los de nivel bajo de AE.

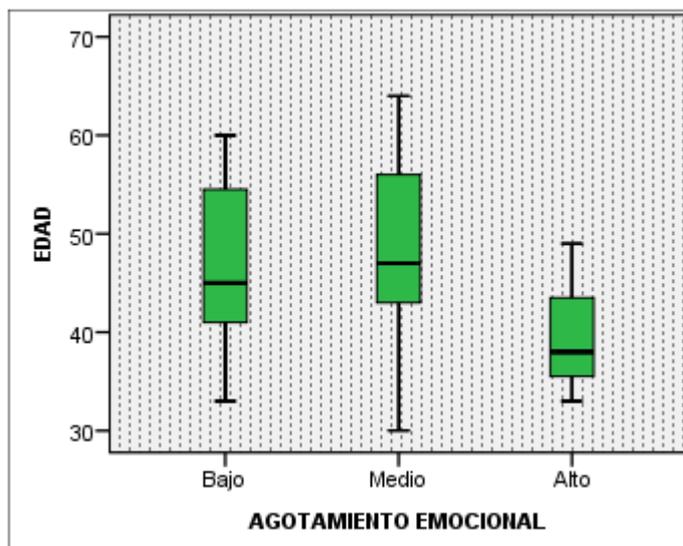


Figura 11. Relación entre la edad y los diferentes niveles de agotamiento emocional entre los FEA.

Los FEA de con menos años trabajados en Urgencias presentaron niveles altos de AE. Los que llevaban más años trabajados en el servicio de Urgencias presentaron niveles medios seguidos muy de cerca de los que presentaron riesgo bajo de AE (Figura 12).

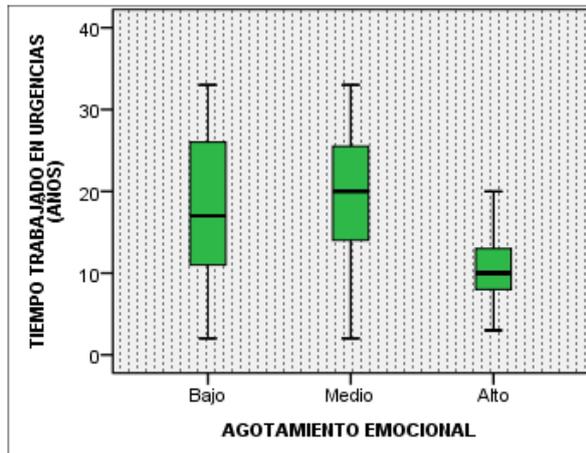


Figura 12. Relación entre el tiempo trabajado en Urgencias y los diferentes niveles de agotamiento emocional entre los FEA.

5.1.2 AGOTAMIENTO EMOCIONAL EN DUE

La muestra de DUE está representada por un 62.8% de mujeres (27 casos) y por un 37.2% de hombres (16 casos).

Tabla 8. Frecuencia y porcentaje de hombres y mujeres en DUE.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hombre	16	37,2	37,2	37,2
	Mujer	27	62,8	62,8	100,0
	Total	43	100,0	100,0	

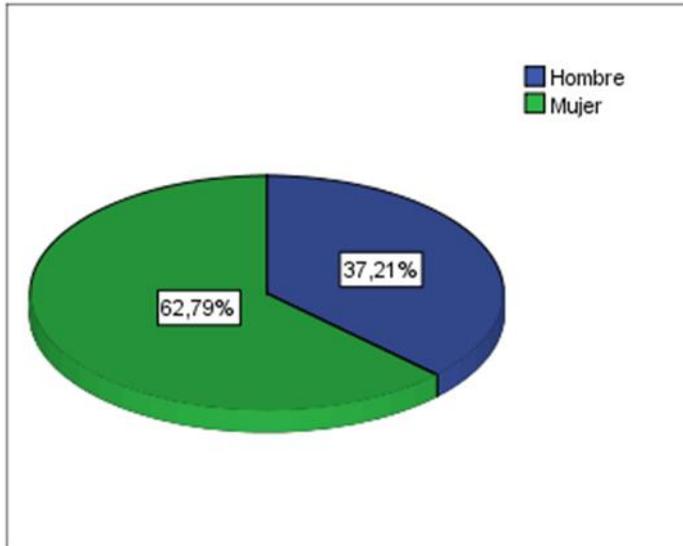


Figura 13. Porcentaje de hombres y mujeres entre los DUE.

Del total de 43 DUE (Tabla 9, Figura 14), el 44.19% presentaron un nivel bajo de AE (19 casos), el 32.56% un nivel medio (14 casos) y el 23.26% un nivel alto (10 casos).

Tabla 9. Frecuencia y porcentaje de AE en DUE por niveles.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	19	44,2	44,2	44,2
	Medio	14	32,6	32,6	76,7
	Alto	10	23,3	23,3	100,0
	Total	43	100,0	100,0	

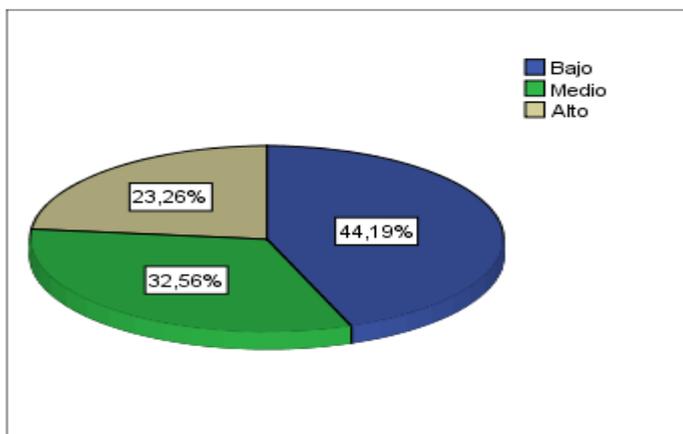


Figura 14. Porcentaje de los DUE entre los 3 niveles de agotamiento emocional.

Por sexo se encontró como muestra la Figura 15 que presentaban niveles bajos de AE el 11.63% de los hombres (5 casos) y el 32.56% de las mujeres (14 casos).

Presentaron nivel medio de AE el 16.28% de los hombres (7 casos) y el 16.28% de las mujeres (7 casos).

El nivel de agotamiento emocional fue alto en el 9.30% de los hombres (4 casos) y en el 13.95% de las mujeres (6 casos), ($p=0.049$).

DUE

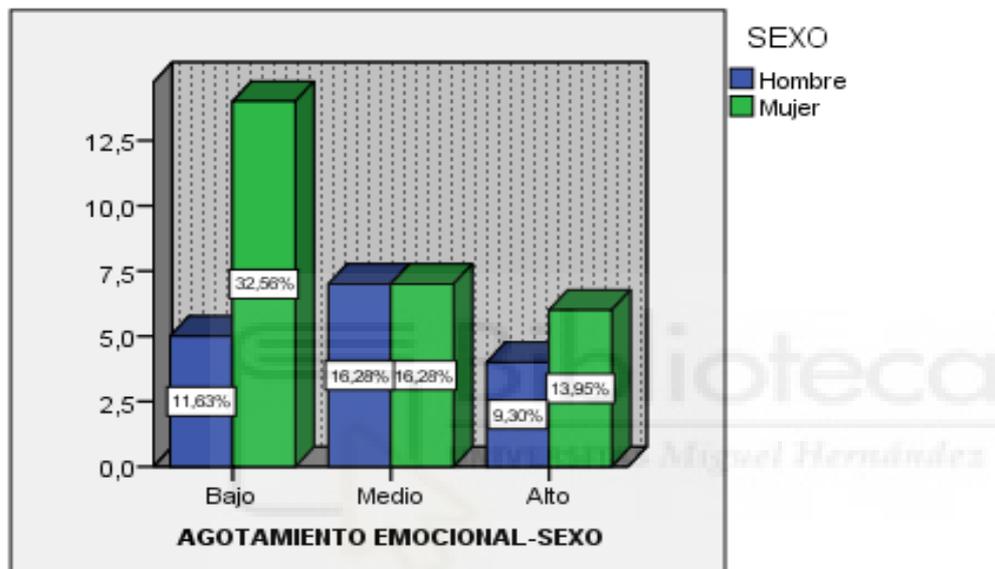


Figura 15. Distribución por sexo de los 3 niveles de agotamiento emocional entre los DUE ($p=0.049$).

Al estudiarse la relación entre el AE en los DUE asociado a la edad pudo observarse que presentaban un nivel medio de AE lo más jóvenes mientras que los de más edad estaban repartidos de forma muy parecida entre los niveles bajo y medio. (Figura 16).

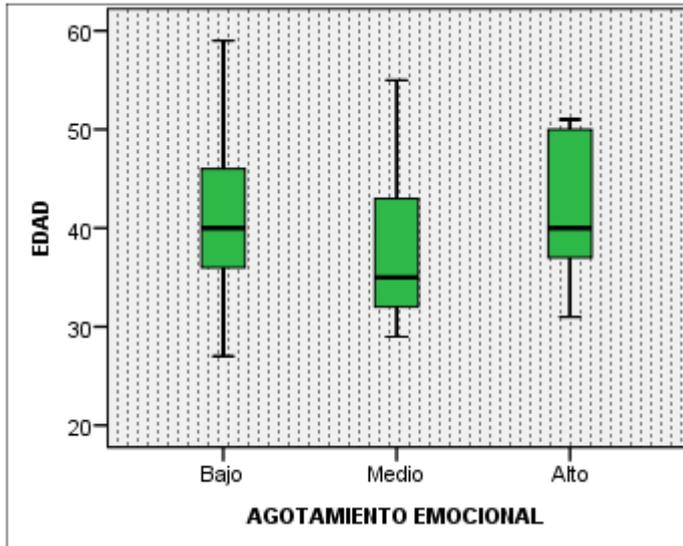


Figura 16. Relación entre la edad y los diferentes niveles de agotamiento emocional entre los DUE.

Los niveles más altos de agotamiento emocional entre los DUE asociados al tiempo trabajado en Urgencias se encuentran en los trabajadores con más años trabajados. Mientras que los que llevan menos tiempo trabajado presentan niveles medios. (Figura 17).

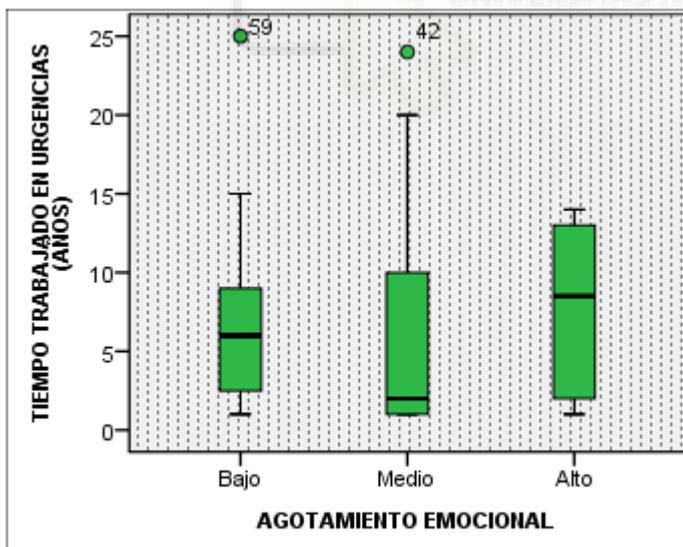


Figura 17. Relación entre el tiempo trabajado en Urgencias y los diferentes niveles de agotamiento emocional entre los DUE.

5.1.3 AGOTAMIENTO EMOCIONAL EN TCAE

De la muestra estudiada de TCAE en la que contamos con 34 casos (Tabla 10, Figura 18), el 88.24% fueron mujeres (30 casos) y el 11.76% fueron hombres (4 casos).

Tabla 10. Frecuencia y porcentaje de hombres y mujeres entre los TCAE.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hombre	4	11,8	11,8	11,8
	Mujer	30	88,2	88,2	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

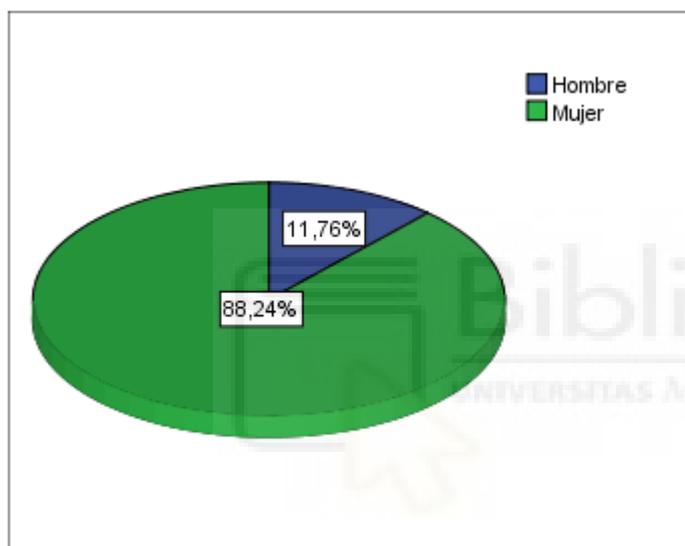


Figura 18. Porcentaje de hombres y mujeres entre los TCAE.

Del total de 34 TCAE, presentaron niveles bajos de AE un 47.06% (16 casos), nivel medio el 20.59% (7 casos) y nivel alto de AE un 32.35% (11 casos), (Tabla 11, Figura 19).

Tabla 11. Frecuencia y porcentaje de AE por niveles entre los TCAE.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	16	47,1	47,1	47,1
	Medio	7	20,6	20,6	67,6
	Alto	11	32,4	32,4	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

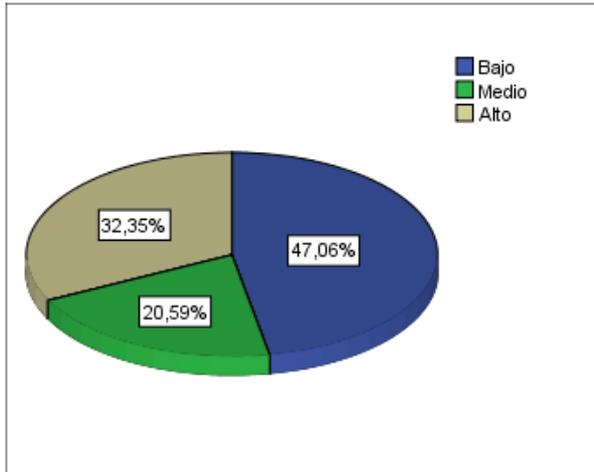


Figura 19. Porcentaje de los TCAE entre los 3 niveles de agotamiento emocional.

En la Figura 20 se muestra la relación que existe entre pertenecer al sexo masculino o femenino y el nivel de AE, encontramos que el 26.47% de las mujeres presentaron nivel alto de AE (9 casos) y el 5.88% entre los hombres (2 casos).

Nivel medio de AE presentaron 14.71% de las mujeres (5 casos) y el 5.88% de los hombres (2 caso).

El 47.08% de las mujeres TCAE presentaron niveles bajos de AE (16 casos), sin encontrarse ningún caso entre el sexo masculino.

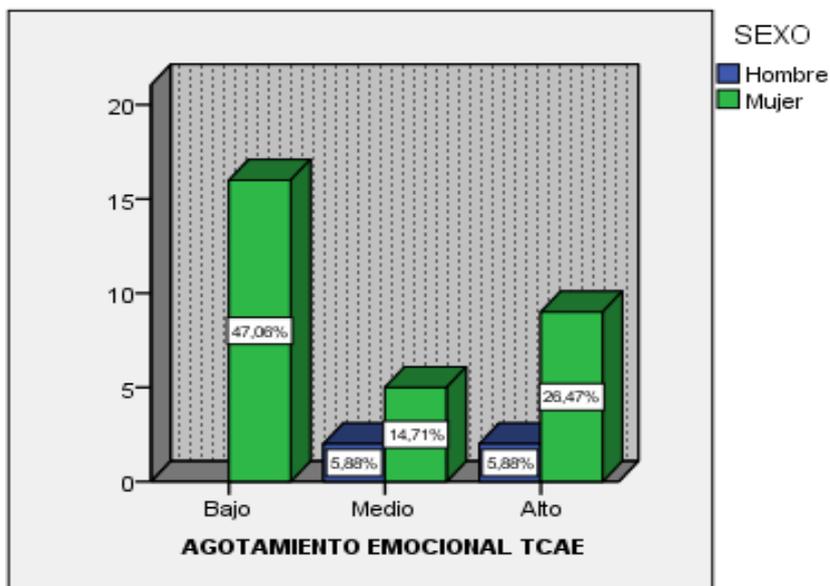


Figura 20. Distribución por sexo de los 3 niveles de agotamiento emocional entre los TCAE ($p=0.037$).

La siguiente tabla muestra que la edad más avanzada está relacionada con niveles altos de AE, mientras que los más jóvenes presentan niveles medios de EA.

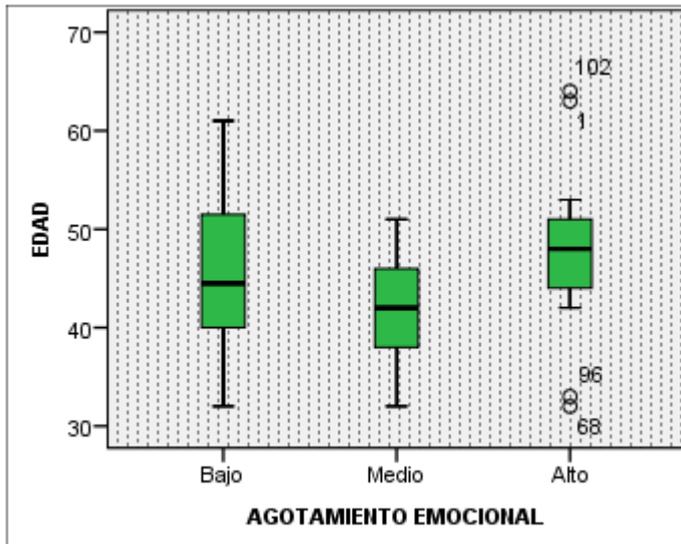


Figura 21. Relación entre la edad y los diferentes niveles de agotamiento emocional en los TCAE.

La Figura 22 muestra que el mayor tiempo trabajado en Urgencias está relacionado con niveles altos y bajos de AE con mayor tendencia a estos últimos como se muestra en la tabla que se expone a continuación.

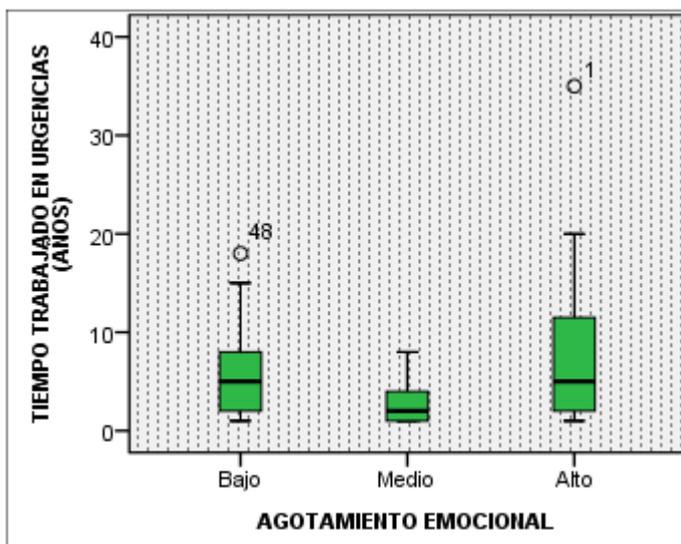


Figura 22. Relación entre el tiempo trabajado en Urgencias y los diferentes niveles de agotamiento emocional entre los TCAE.

5.2 DESPERSONALIZACIÓN

Entre los 110 profesionales presentaron nivel bajo de despersonalización (D) 44.55% (49 casos), con puntuación en formulario menor de 6 en los apartados para los ítems 5,10,11,15 y 22.

Un 22.73% tuvo un nivel medio de despersonalización (25 casos), con puntuaciones comprendidas entre 6 y 9 para los ítems citados.

El 32.73% tuvieron niveles altos de D con puntuaciones superiores a 10.

Tabla 12. Frecuencia y porcentaje de D por niveles.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	49	44,5	44,5	44,5
	Medio	25	22,7	22,7	67,3
	Alto	36	32,7	32,7	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

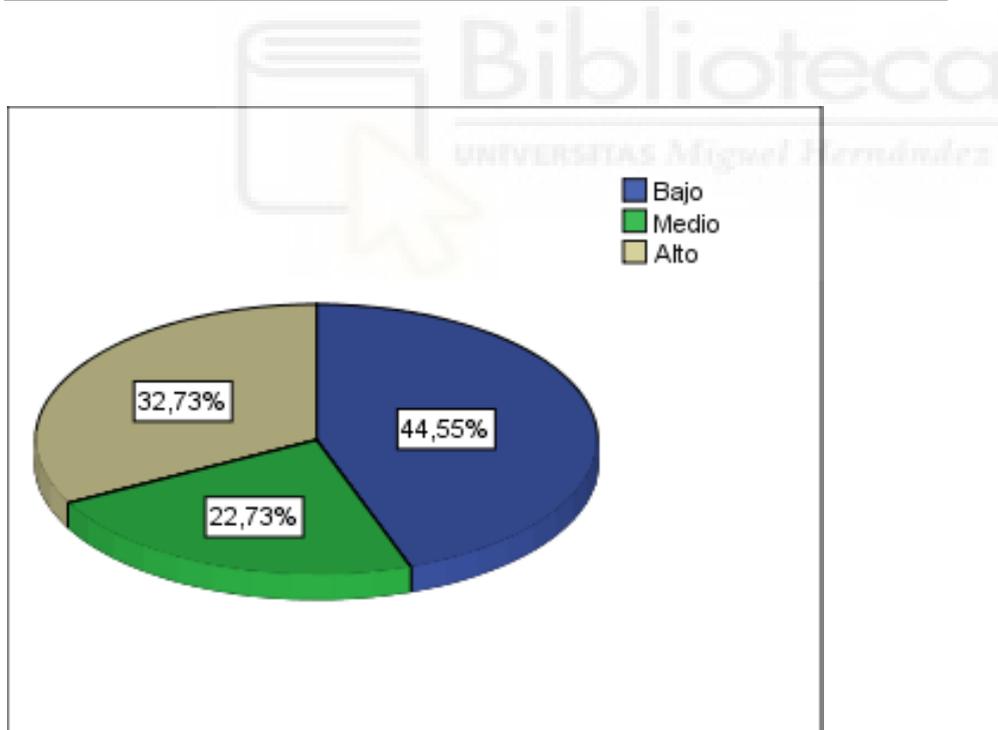


Figura 23. Porcentaje de agotamiento emocional distribuido por niveles.

En el estudio de los 110 trabajadores del servicio de Urgencias se observó un nivel de despersonalización bajo en el 14.55 % de los hombres (16 casos) y en el 30% de las mujeres (33 casos).

El nivel de despersonalización fue medio en el 5.45% de los hombres (6 casos) y en el 17.27% de las mujeres (19 casos).

Nivel alto de D fue del 10% en los hombres (11 casos) y del 22.73% en las mujeres (25 casos), ($p=0.028$).

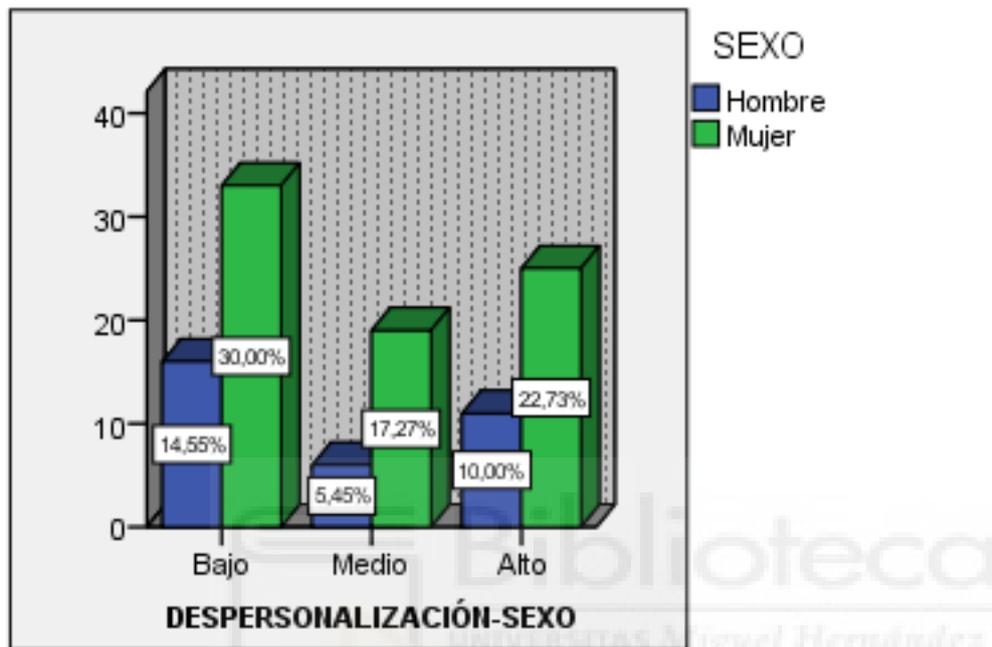


Figura 24. Distribución por sexo de los 3 niveles de despersonalización entre los profesionales sanitarios ($p=0.028$).

5.2.1 DESPERSONALIZACIÓN EN FEA

Entre los 33 facultativos de Urgencias se observó nivel bajo de D en el 45.45% del total (15 casos), nivel medio en el 18.18% (6 casos) y nivel alto en el 36.36% (12 casos).

Tabla 13. Frecuencia y porcentaje de D por niveles entre FEA.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Bajo	15	45,5	45,5	45,5
Medio	6	18,2	18,2	63,6
Alto	12	36,4	36,4	100,0
Total	33	100,0	100,0	

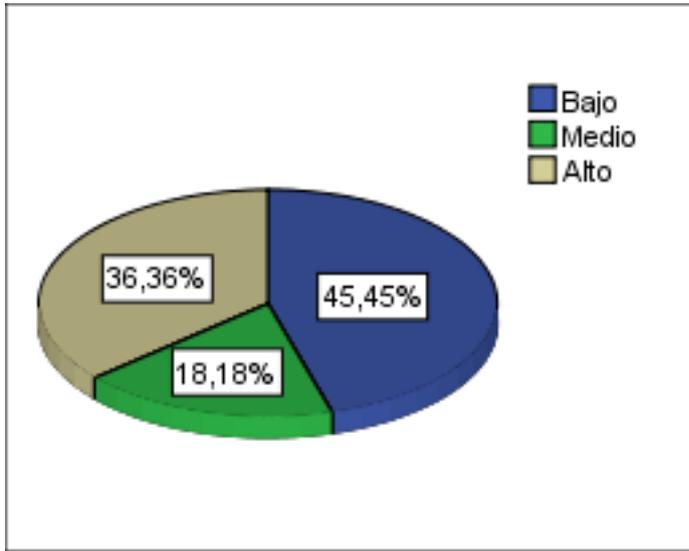


Figura 25. Porcentaje de despersonalización distribuido por niveles en los FEA.

Entre los 33 FEA del estudio se observó que el 21,21% de los hombres (7 FEA) presentaron nivel bajo de despersonalización, así como el 24,24% de las mujeres (8 FEA).

Tuvieron niveles medios de despersonalización el 6,06% de los hombres (2 FEA) y el 12,12% de las mujeres (4 FEA).

Nivel alto fue presentado por el 12,12% de los hombres (4 FEA) y del 24,24% de las mujeres (8 FEA)., ($p=0.036$).

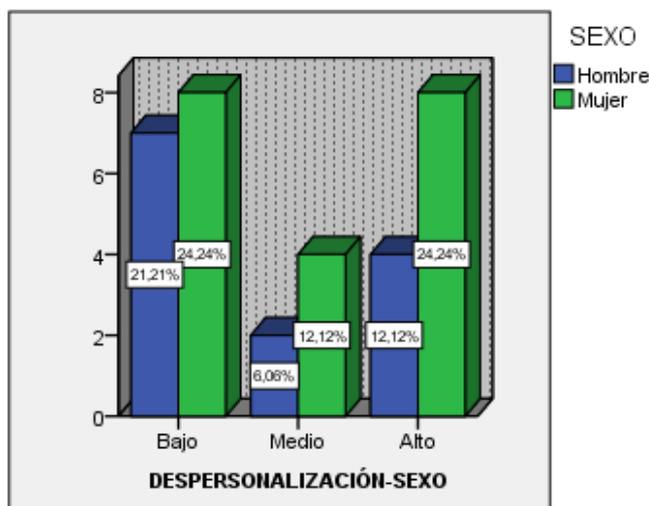


Figura 26. Distribución por sexo de los 3 niveles de despersonalización entre los FEA ($p=0.036$).

La Figura 27 muestra cómo el nivel de despersonalización es mayor entre los FEA de más edad, siendo el nivel de D bajo entre los más jóvenes.

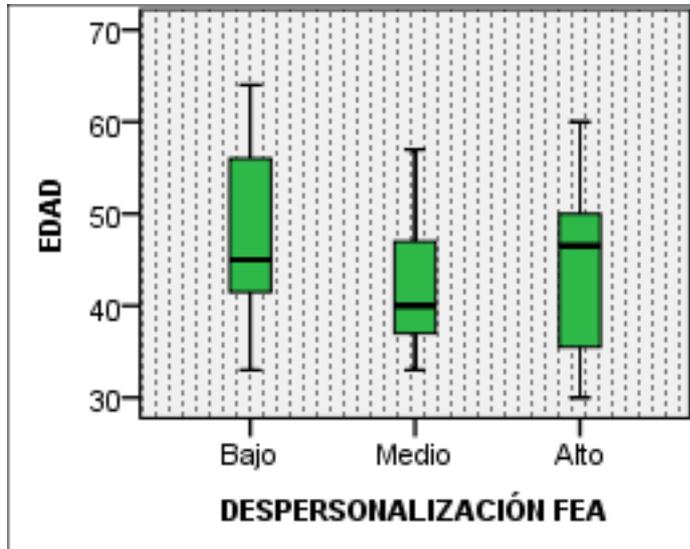


Figura 27. Relación entre la edad y los diferentes niveles de despersonalización en los FEA.

La Figura 28 que a continuación se expone indica que hay mayores niveles de despersonalización relacionados directamente con los años trabajados en Urgencias. Entre los FEA con menos años trabajados en Urgencias hay nivel medio de despersonalización.

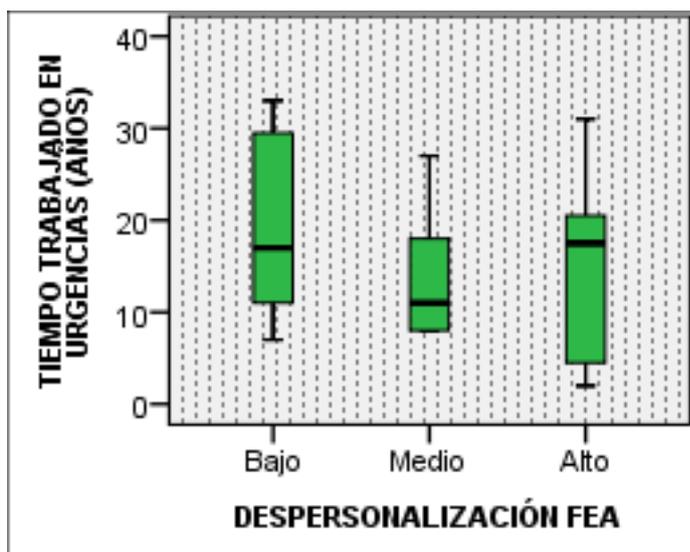


Figura 28. Relación entre el tiempo trabajado en Urgencias y los diferentes niveles de despersonalización en los FEA.

5.2.2 DESPERSONALIZACIÓN EN DUE

Entre los 43 DUE, presentaron nivel bajo de despersonalización un 46.51% (20 casos), nivel medio un 23.26% (10 casos) y nivel bajo un 30.23% (13 casos). (Tabla 14, Figura 29).

Tabla 14. Frecuencia y porcentaje de D en DUE por niveles.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	20	46,5	46,5	46,5
	Medio	10	23,3	23,3	69,8
	Alto	13	30,2	30,2	100,0
	Total	43	100,0	100,0	

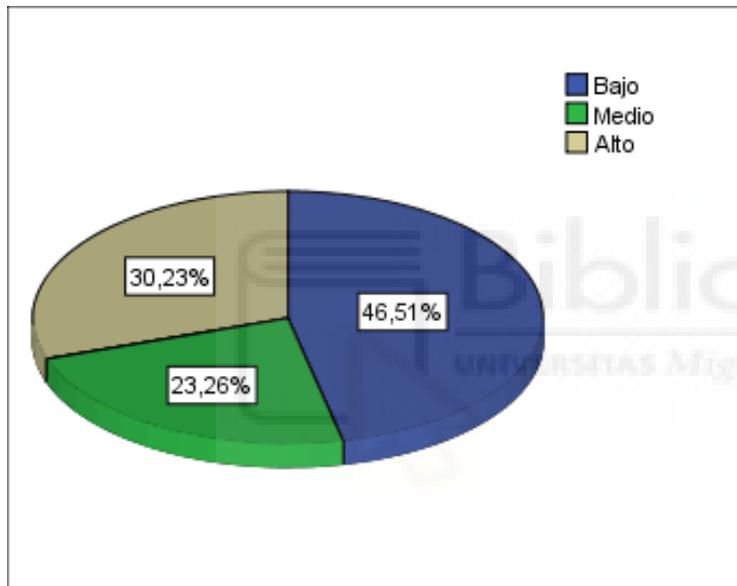


Figura 29. Porcentaje de despersonalización distribuido por niveles en los DUE.

Cuando se estudió el nivel de despersonalización asociado al sexo (Figura 30) entre los DUE se vio que el 18.60% de los hombres presentaban nivel bajo de D (8 casos), y un 27.91% de las mujeres (12 casos) presentaban también nivel bajo de D.

Tenía nivel medio de D el 6.98% de los hombres DUE (3 casos) y el 16.28% de las mujeres (7 casos).

El nivel fue alto en el 11.63% de los hombres (5 casos) y en el 18.60% de las mujeres (8 casos), ($p=0.018$).

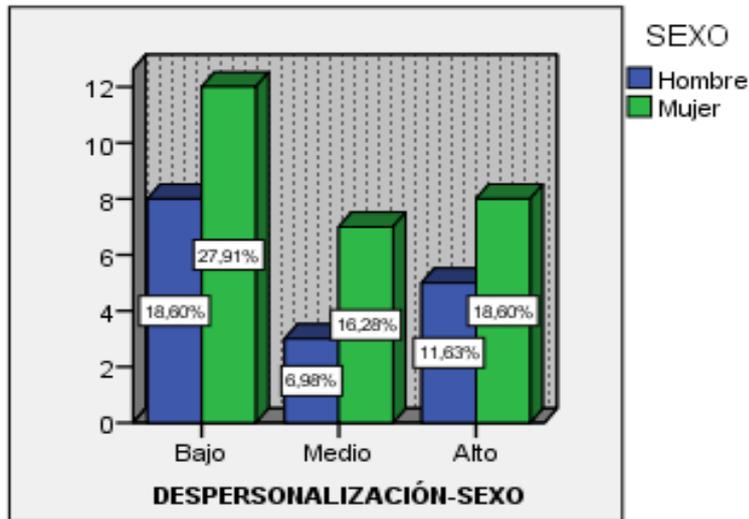


Figura 30. Distribución por sexo de los 3 niveles de despersonalización entre los DUE ($p=0.018$).

Como puede observarse en la Figura 31, la edad no tuvo gran influencia sobre el nivel de despersonalización entre los trabajadores DUE.

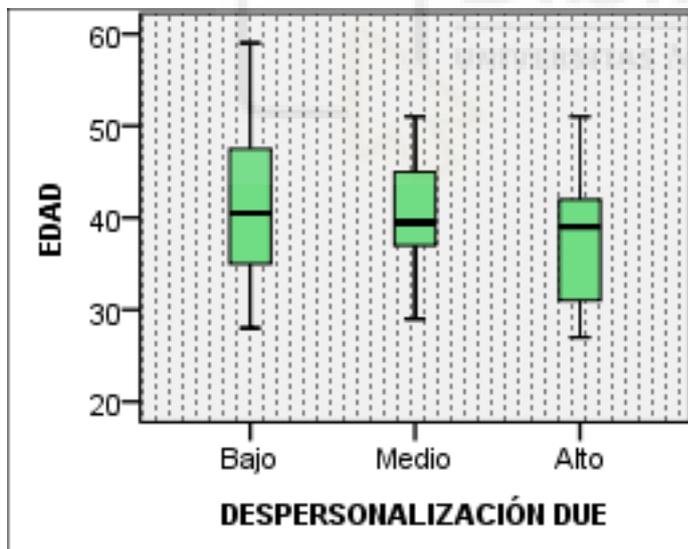


Figura 31. Relación entre la edad y los diferentes niveles de despersonalización en los DUE.

El número de años trabajados en Urgencias influyeron para sufrir despersonalización en nivel medio y alto. Los DUE con menos tiempo trabajado presentaron niveles más bajos de D (Figura 32).

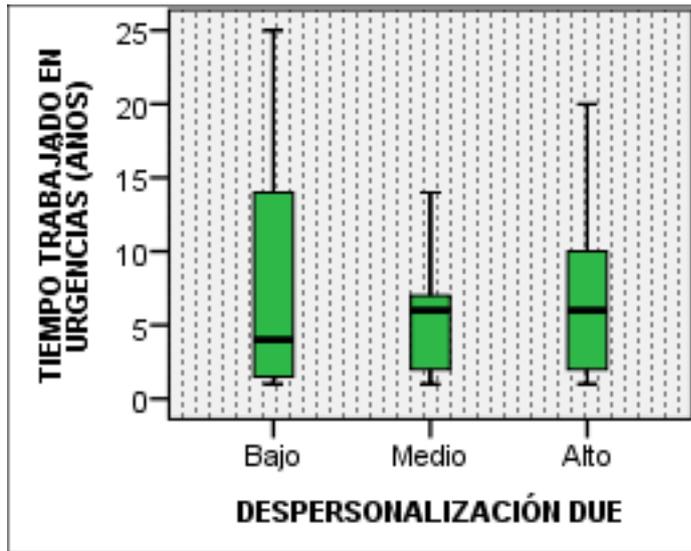


Figura 32. Relación entre el tiempo trabajado en Urgencias y los diferentes niveles de despersonalización en los DUE.

5.2.3 DESPERSONALIZACIÓN EN TCAE

Entre los 34 TCAE presentaron nivel bajo de D el 41.18% (14 TCAE), nivel medio el 26.47% (9 TCAE) y el 32.35% nivel alto (11 TCAE). (Tabla 15, Figura 33).

Tabla 15. Frecuencia y porcentaje de D en TCAE por niveles.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	14	41,2	41,2	41,2
	Medio	9	26,5	26,5	67,6
	Alto	11	32,4	32,4	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

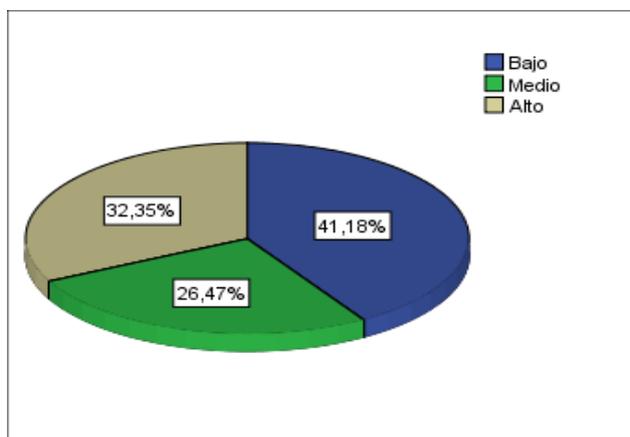


Figura 33. Porcentaje de despersonalización distribuido por niveles en los TCAE.

En la muestra de TCAE estudiados, el porcentaje de hombres que presentaron un nivel bajo de despersonalización fue el 2.94% (1), nivel medio 2.94% (1) y nivel alto el 5.88% (2). En las mujeres el porcentaje de nivel bajo de D fue del 38.24% (13), nivel medio de D el 23.53% (8) y nivel alto de D el 26.47% (9) (Figura 34).

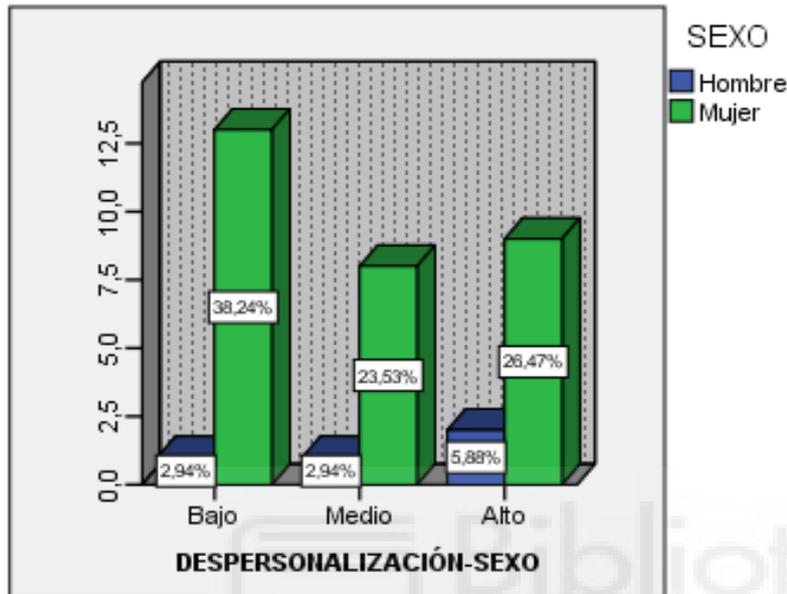


Figura 34. Distribución por sexo de los 3 niveles de despersonalización entre los TCAE ($p=0.05$).

Como se muestra la Figura 35, los TCAE con más edad tenían niveles altos de despersonalización, presentando los mismos niveles también bajos.

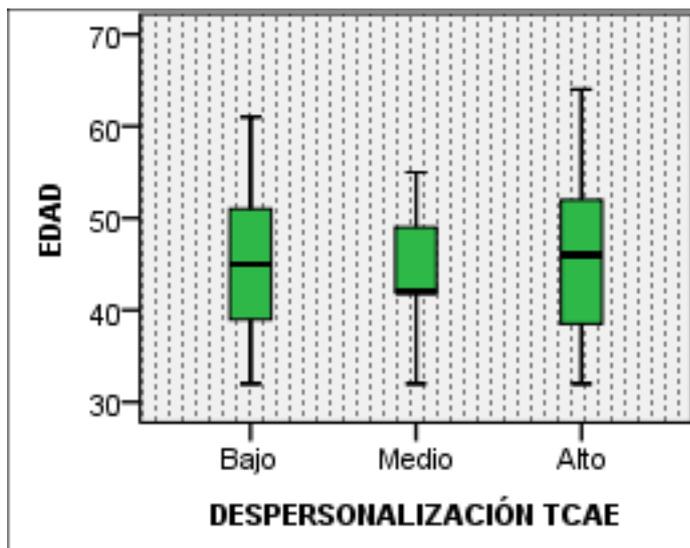


Figura 35. Relación entre la edad y los diferentes niveles de despersonalización en los TCAE.

En el grupo de TCAE los niveles de despersonalización fueron mayores entre los que llevaban más años trabajados en Urgencias y presentaron nivel bajo de D los que menos tiempo llevaban trabajado en el servicio de Urgencias (Figura 36).

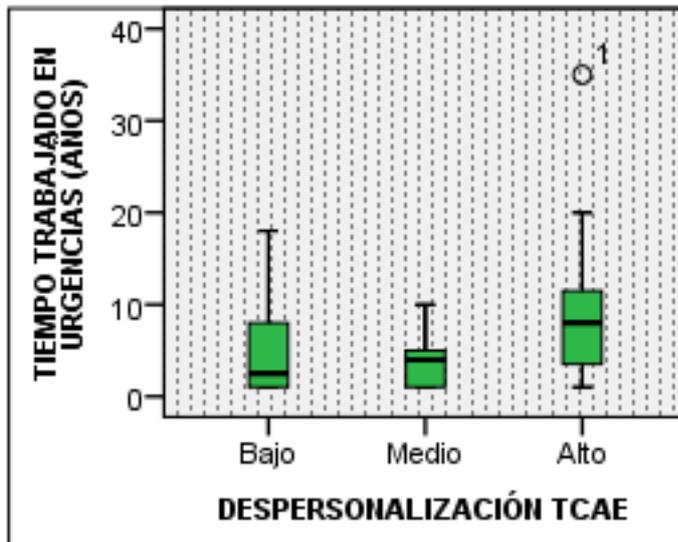


Figura 36. Relación entre el tiempo trabajado en Urgencias y los diferentes niveles de despersonalización en los DUE.

5.3 REALIZACIÓN PERSONAL

Respecto a la subescala realización personal (RP) se pudo comprobar que presentaron nivel bajo para realización personal el 30.9% (34 profesionales) del total de los 110 trabajadores. Nivel medio de RP el 29.1% (32 trabajadores) y nivel alto de RP el 40% (44 trabajadores). Los ítems para esta escala son los números 4,7,9,12,17,18,19 y 21 con la consideración de que esta subescala funciona en sentido inverso a las dos anteriores queriendo decir con ello que puntuaciones superiores que estarían englobadas en nivel alto tendría menor burnout y por tanto mayor realización personal que las puntuaciones de los niveles bajos.

Tabla 16. Frecuencia y porcentaje de RP por niveles en los 110 trabajadores.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Bajo	34	30,9	30,9	30,9
Medio	32	29,1	29,1	60,0
Alto	44	40,0	40,0	100,0
Total	110	100,0	100,0	

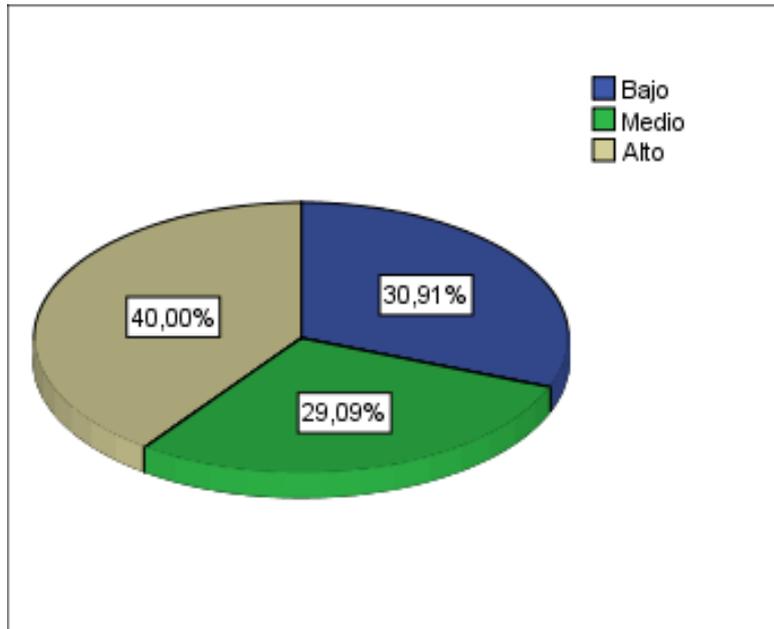


Figura 37. Porcentaje de realización personal distribuido por niveles entre el total de la muestra.

Quando se estudió la relación entre la variable realización personal y ser hombre o mujer (Figura 38), se observó que el 8.18% de los hombres (9 casos) presentaban nivel bajo de RP, así como el 22.73% de las mujeres (25 casos). Nivel medio el 10% de los hombres (11 casos) y el 19.09% de las mujeres (21 casos). Y nivel alto que se traduce en alta realización personal el 11.82% de los hombres (13 casos) y el 28.18% de las mujeres (31 casos), ($p=0.049$).

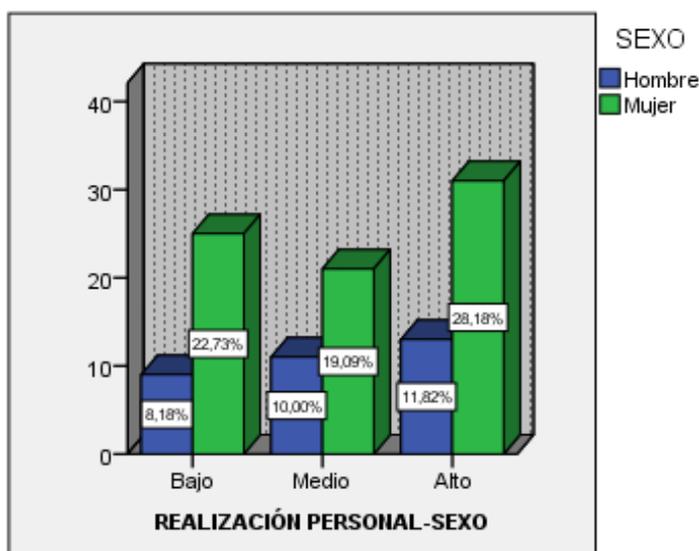


Figura 38. Distribución por sexo de los 3 niveles realización personal entre el total de los profesionales ($p=0.049$).

5.3.1 REALIZACIÓN PERSONAL EN FEA

Los FEA presentaron niveles bajos de RP en un 45.5% (15 casos), nivel medio de RP se encontró en el 27.3% (9 casos) y nivel alto de RP en el 27.3% (9 casos) (Tabla 17, Figura 39).

Tabla 17. Frecuencias y porcentajes por niveles de RP entre los FEA.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	15	45,5	45,5	45,5
	Medio	9	27,3	27,3	72,7
	Alto	9	27,3	27,3	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

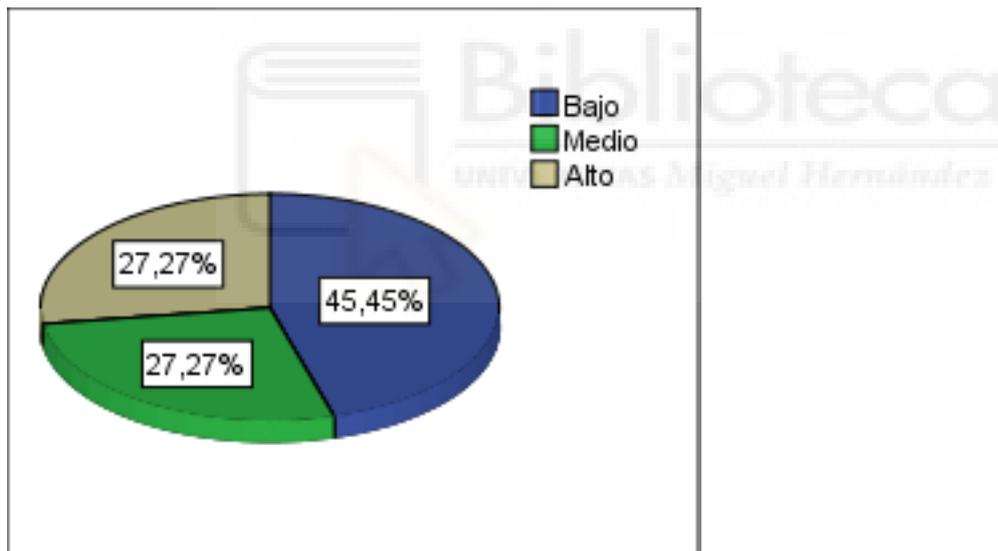


Figura 39. Porcentaje de realización personal distribuido por niveles en los FEA.

Respecto a la relación entre la realización personal y el sexo entre los facultativos resultó que el 18.18% de los hombres (6 casos) y el 27.27 % de las mujeres (9 casos) presentaron bajos niveles de realización personal.

El 9.09% de los hombres (3 casos) y el 18.18% de las mujeres (6 casos) presentaron nivel medio de RP y por último el 12.12% de los hombres (4 casos) y el 15.15% de las mujeres (5 casos) presentaron nivel alto de RP (Figura 40), ($p=0.018$).

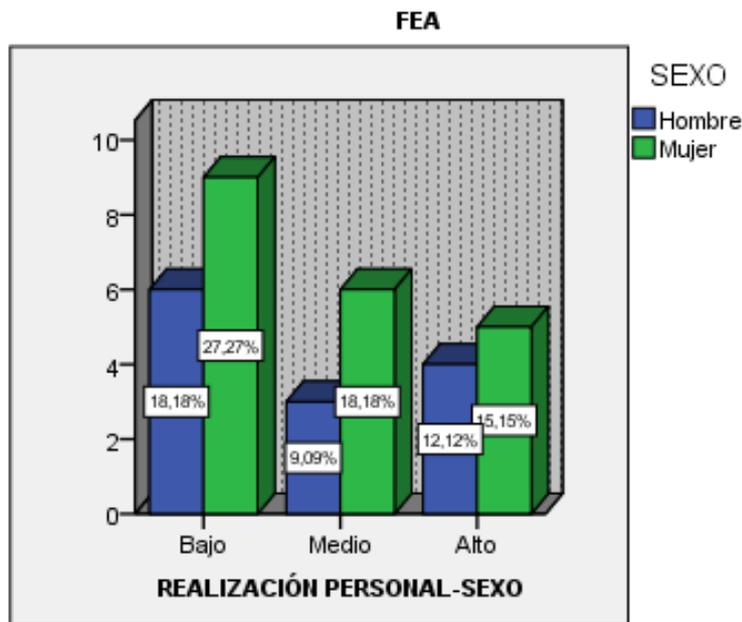


Figura 40. Distribución por sexo de los 3 niveles realización personal en los FEA ($p=0.018$).

En la figura 41 puede observarse que los FEA de edad más avanzada presentaban niveles superiores de RP muy seguidos los de este rango de edad del nivel bajo de RP. Los más jóvenes presentaron nivel medio de RP.

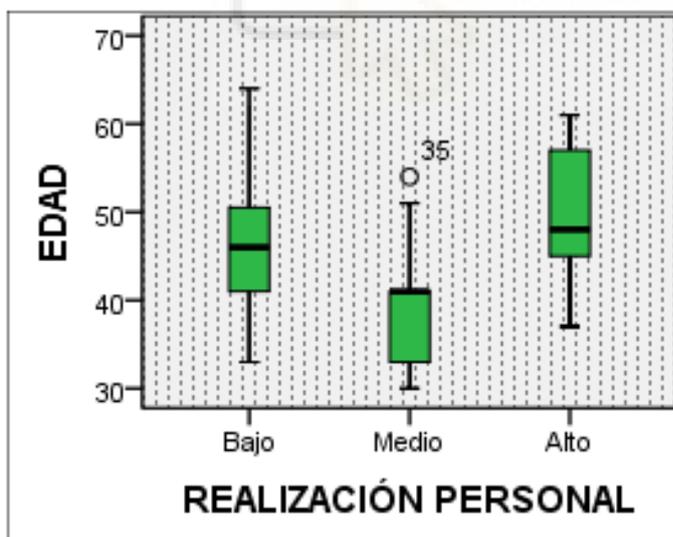


Figura 41. Relación entre la edad y los diferentes niveles de realización personal en los FEA.

Se pudo observar que los FEA con más tiempo trabajado en Urgencias presentaban alto nivel de RP seguidos de nivel medio con los que menos tiempo trabajado en Urgencias presentaron. (Figura 42).

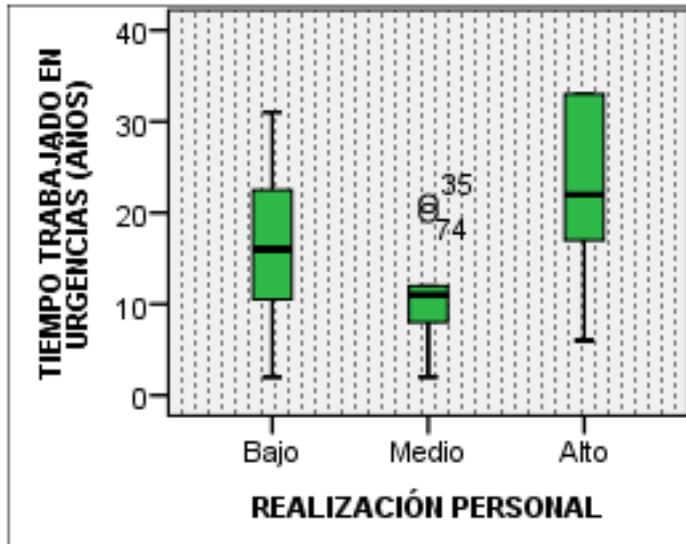


Figura 42. Relación entre el tiempo trabajado en Urgencias y los diferentes niveles de realización personal en los FEA.

5.3.2 REALIZACIÓN PERSONAL EN DUE

El porcentaje de DUE que presentó nivel bajo de realización personal fue el 20.93% (9 casos), nivel medio lo presentó el 30.23% (13 casos) y nivel alto de realización personal presentó un 48.84% (21 casos) (Tabla 18, Figura 43).

Tabla 18. Frecuencia y porcentajes por niveles de RP entre los DUE.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Bajo	9	20,9	20,9	20,9
Medio	13	30,2	30,2	51,2
Alto	21	48,8	48,8	100,0
Total	43	100,0	100,0	

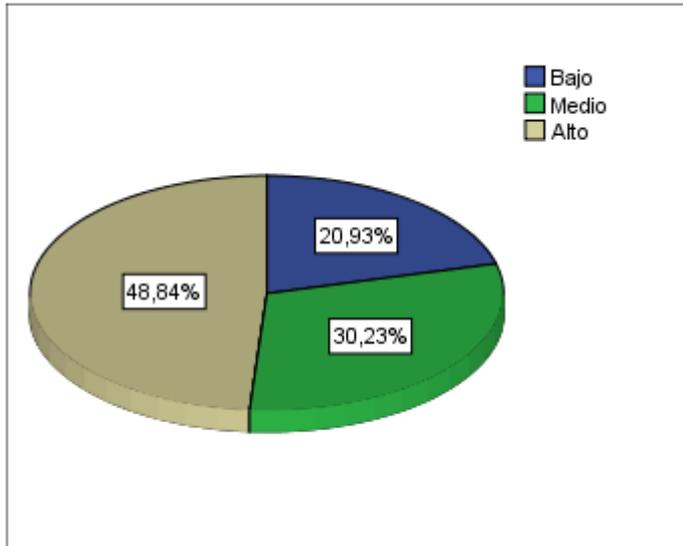


Figura 43. Porcentaje de realización personal distribuido por niveles en DUE.

En la muestra de DUE (Figura 44), presentaron nivel bajo de RP el 4.65% de los hombres (2 casos) y el 16.28% de las mujeres (7 casos). Tuvieron nivel medio de RP el 13.95% de los hombres (6 casos) y el 16.28% de las mujeres (7 casos), el nivel de RP fue alto en el 18.6% de los hombres (8 casos) y en el 30.23% de las mujeres (13 casos), ($p=0.032$).

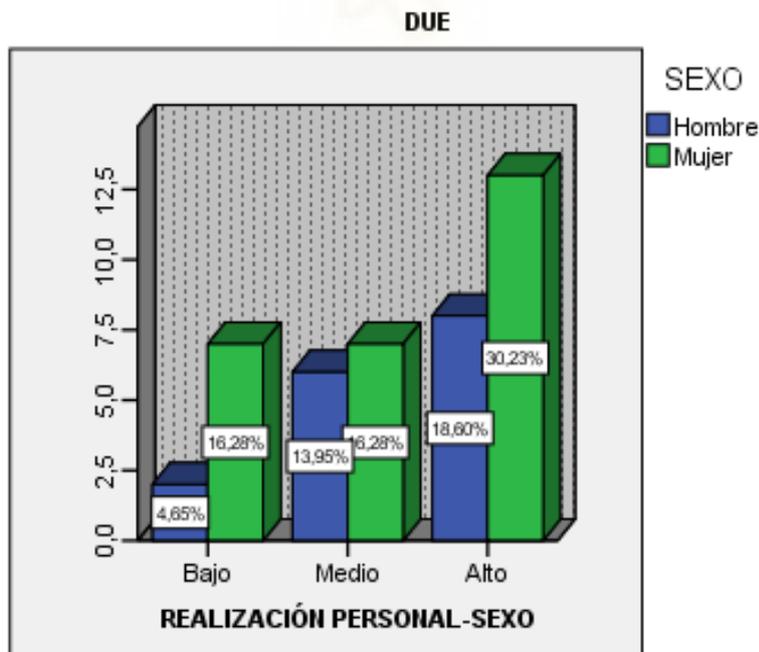


Figura 44. Distribución por sexo de los 3 niveles realización personal en los DUE, ($p=0.032$).

Los DUE de más edad presentaron niveles bajos y altos de RP y en los de menor edad el nivel de RP fue medio (Figura 45).

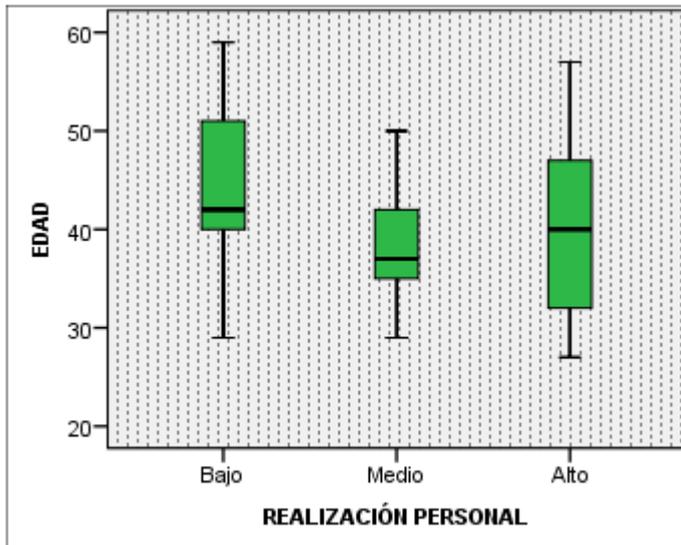


Figura 45. Relación entre la edad y los diferentes niveles de realización personal en los DUE.

El mayor número de años trabajados en Urgencias enmarcó a los DUE entre nivel bajo y alto de RP. Los DUE que menos tiempo tenían trabajados en Urgencias presentaban nivel medio de RP (Figura 46).

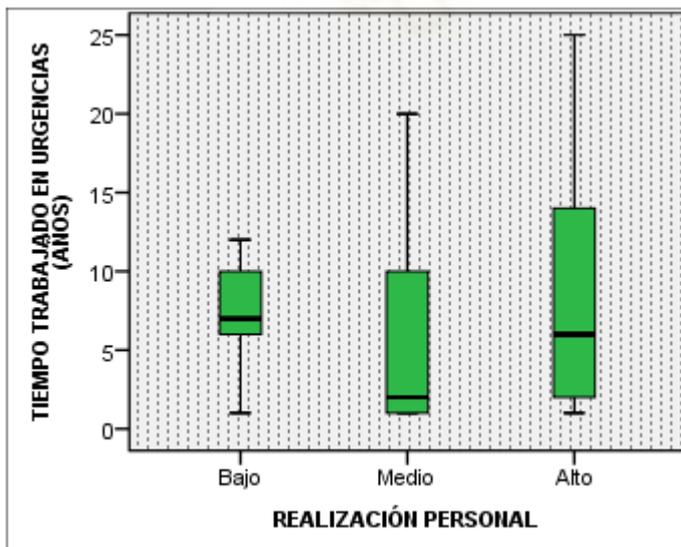


Figura 46. Relación entre el tiempo trabajado en Urgencias y los diferentes niveles de realización personal en los DUE.

5.3.3 REALIZACIÓN PERSONAL EN TCAE

De los 34 TCAE, presentaron nivel bajo del RP un 29.4% (10 casos), nivel medio de RP un 29.4% (10 casos) y nivel alto el 41.2% (14 casos) (Tabla 19, Figura 47).

Tabla 19. Frecuencias y porcentajes de RP por niveles entre los TCAE.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Bajo	10	29,4	29,4	29,4
Medio	10	29,4	29,4	58,8
Alto	14	41,2	41,2	100,0
Total	34	100,0	100,0	

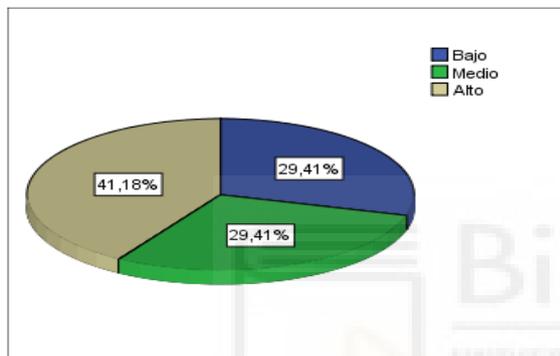


Figura 47. Porcentaje de realización personal distribuido por niveles en TCAE.

Presentaron nivel bajo de RP el 2.94% de los hombres (1 TCAE) y el 26.47% de las mujeres (9 TCAE). Nivel medio de realización personal fue presentado por el 5.88% de los hombres (2 TCAE) y el 23.53% de las mujeres (8 TCAE).

Nivel elevado que corresponde a menor burnout lo presentaron el 2.94% de los hombres (1 TCAE) y el 38.24% de las mujeres (13 TCAE). (Figura 48), ($p=0.048$).

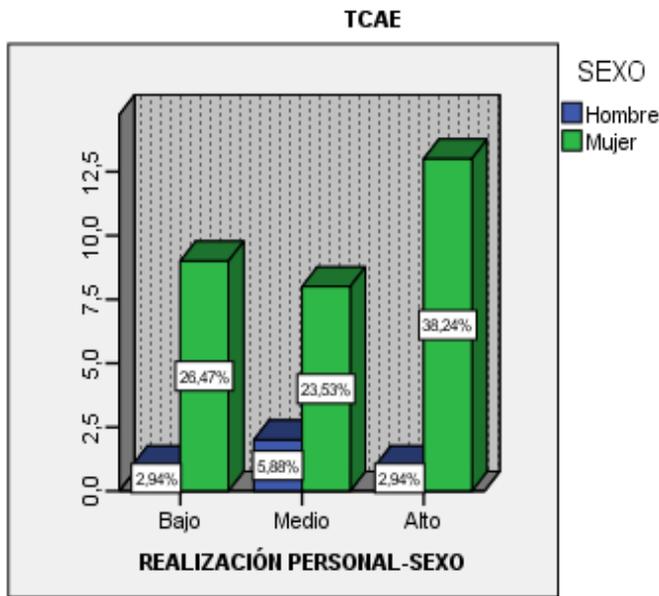


Figura 48. Distribución por sexo de los 3 niveles realización personal en los TCAE, ($p=0.048$).

Los TCAE de mayor edad presentaron nivel alto de realización personal y los de menor edad nivel bajo. Los de edad intermedia nivel medio de RP (Figura 49).

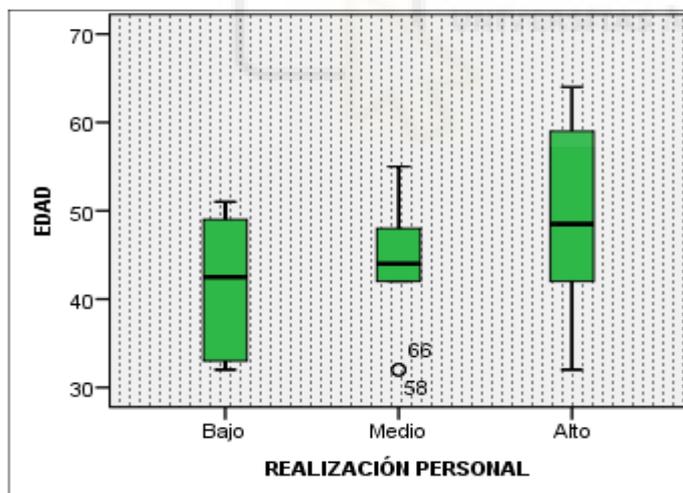


Figura 49. Relación entre la edad y los diferentes niveles de realización personal en los TCAE.

Los TCAE con más tiempo trabajado en Urgencias presentaron nivel medio de realización personal. (Figura 50).

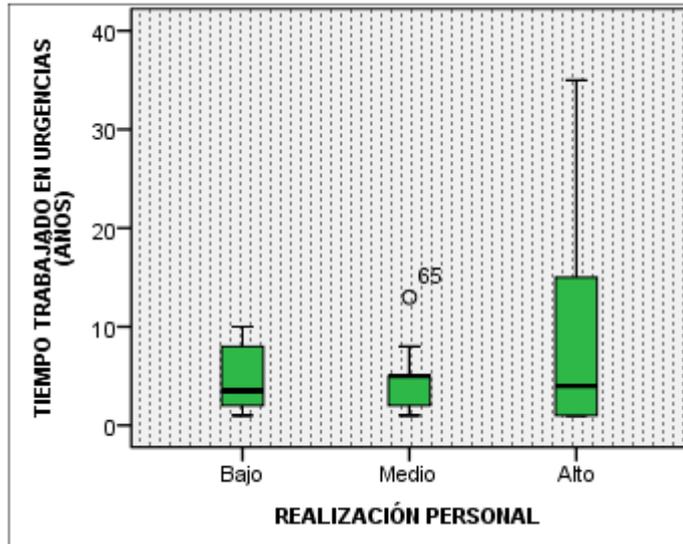


Figura 50. Relación entre el tiempo trabajado en Urgencias y los diferentes niveles de realización personal en los DUE.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS E INTERVENCIÓN EN EL RIESGO PSICOSOMÁTICO

En primer lugar, serán analizados los resultados antes descritos de cada una de las subescalas del burnout en las 3 categorías profesionales para poder localizar factores de riesgo para el desarrollo del mismo y realizar así una intervención que reduzca el riesgo psicosomático.

FACTORES DE RIESGO EN FEA

Entre los FEA, el nivel de **agotamiento personal** fue alto en el 21.21% de los casos (7 en total) y dentro de este nivel en el 18.18% (6 casos) de las mujeres y en el 3.03% de los hombres (1 caso).

El nivel alto se dio también en los más jóvenes y entre los que menos años llevaban trabajados en Urgencias.

En conclusión, el nivel alto de agotamiento personal de burnout entre los FEA presentó mayor incidencia en el sexo femenino, jóvenes y con menos años trabajados en Urgencias como consecuencia con menor experiencia laboral.

Respecto al nivel de **despersonalización** entre los FEA fue:

- Nivel bajo: 45.5% (15 casos).
- Nivel medio 18.2% (6 casos).
- Nivel alto 36.4% (12 casos).

El nivel alto de despersonalización entre los FEA fue del 24.4% (8 casos) entre las mujeres y del 12.12% (4 casos) entre los hombres.

El nivel fue alto entre los de mayor edad y con más años trabajando en Urgencias.

Conclusión: nivel alto de despersonalización se dio más en las mujeres de la muestra de mayor edad y más tiempo trabajado en Urgencias.

La **realización personal** entre la categoría profesional FEA resultó de la siguiente forma:

- Nivel bajo 45.5% (15).
- Nivel medio 27.3% (9)
- Nivel alto 27.3% (9).

De los que presentaron nivel alto de RP el 15.15% fueron mujeres (5 casos) y el 12.12% fueron hombres (4 casos) por lo que en esta situación este nivel alto indica menor burnout.

Presentaron nivel bajo de RP el 27.27% de las mujeres (9 casos) y 18.18% de los hombres (6 casos).

El nivel bajo estuvo asociado también a la edad cerca de los 50 años y con años trabajados en Urgencias entre 10 y 20 años.

Concluimos diciendo que predispone a nivel bajo de RP el ser mujer cerca de los 50 años con tiempo en Urgencias entre 10 y 20 años.

En el grupo de FEA pudo haber intervenido en la situación de burnout otra serie de condicionantes asociados a su labor asistencial que no se han valorado en este estudio pero que podrían haber influido en estos resultados como pudieran ser:

- Turnicidad: Guardias de 24 horas, turnos de 12 horas, turnos de 8 horas dentro de una misma jornada
- Nocturnidad que supone estar fuera de su casa todas las horas del día incluida la noche.
- Relación estrecha con la enfermedad, el dolor y la muerte.

- Relación estrecha con el paciente y con los familiares que no siempre afrontan con cordialidad el tiempo de espera en Urgencias, las decisiones tomadas por los facultativos, etc.
- Siempre en primera línea de nuevas patologías como es el caso de la COVID-19 y ahora incertidumbre con la aparición de casos en España de la Viruela del Mono que llevará a nuevos protocolos.
- Parte del personal con contratos laborales eventuales lo que supone estrés e incertidumbre respecto al momento en que el contrato termine.
- En ocasiones diferencia de ideas con compañeros de otras especialidades.
- Riesgo de contagio de enfermedades.
- Cambios constantes de protocolos.
- Toma importante de decisiones en poco tiempo.
- Supervisión continua de los residentes, en especial los de primer año.
- Uso de nuevas tecnologías.
- Gran volumen asistencial.

FACTORES DE RIESGO EN DUE

El **agotamiento emocional en los DUE** se dio de la siguiente manera:

- Nivel bajo en el 44.2% (19 casos).
- Nivel medio en el 32.6% (14 casos).
- Nivel alto en el 23.3% (10 casos).

Entre los que presentaron nivel alto se dio en un 13.95% de las mujeres (6 casos) y en el 9.3% de los hombres (6 casos).

Los DUE más jóvenes entre los 30-35 años presentaron nivel medio. Y los de mayor edad se repartieron por igual entre los niveles bajo y alto con una media de edad superior a los 40 años.

Los que más tiempo tenían trabajados en Urgencias presentaron nivel alto de burnout.

Como conclusión el nivel alto de agotamiento emocional entre los DUE se encontró mayormente en mujeres de mayor edad con más tiempo trabajado en Urgencias.

La **despersonalización de los DUE**:

- Nivel bajo 46.5% (20 casos)

- Nivel medio 23.3% (10 casos)
- Nivel alto 30.2% (13 casos).

De los 13 casos que presentaron nivel alto de D, el 18.60% eran mujeres (8 casos) y el 11.63% fueron hombres (5 casos).

La edad no fue influyente sobre la despersonalización.

A más años trabajado mayor despersonalización.

En esta muestra fueron factores de riesgo para presentar despersonalización ser mujer y con más años trabajados en Urgencias.

La **realización personal en DUE** resultó:

- Nivel bajo 20.9% (9 casos)
- Nivel medio 30.2% (13 casos)
- Nivel alto 48.8% (21 casos).

Observaremos el nivel bajo para valorar el riesgo de burnout por ser la relación inversa entre ambos. El 16.28% de las mujeres (7 casos) presentaron nivel bajo de RP y el 4.65% de los hombres (2 casos).

Los de mayor edad tuvieron nivel bajo y alto (igual mediana) de RP y lo mismo sucede con los años trabajados que los de más años se encuadran en nivel bajo y alto.

Ser mujer, con edad superior a 40 años y más de 5 años trabajados en Urgencias conlleva a presentar nivel bajo de realización personal.

Como se ha descrito anteriormente en el caso de los FEA, los resultados de los DUE podrían haber estado influenciados por otros aspectos no valorados en este estudio como pudieran ser:

- Turnicidad turnos de 8 horas (de 8h a 20h o de 20h a 8h).
- Nocturnidad, para de los turnos son en horario de noche.
- Contacto con la enfermedad, sufrimiento y muerte.
- Riesgo de contagio de enfermedades.
- Contacto con familiares de pacientes.
- Cambios constantes de protocolos.
- Movilización de pacientes.

- Uso de nuevas tecnologías.
- Relación estrecha con el paciente y con los familiares que no siempre afrontan con cordialidad el tiempo de espera en Urgencias, las decisiones tomadas por los facultativos, etc.
- Siempre en primera línea de nuevas patologías como es el caso de la COVID-19 y ahora incertidumbre con la aparición de casos en España de la Viruela del Mono que llevará a nuevos protocolos.
- Parte del personal con contratos laborales eventuales lo que supone estrés e incertidumbre respecto al momento en que el contrato termine.

FACTORES DE RIESGO EN TCAE

Por último, respecto al **agotamiento emocional**, los TCAE presentaron los siguientes porcentajes según el nivel:

- Nivel bajo 47.1% (16 casos).
- Nivel medio 20.6% (7 casos).
- Nivel alto 32.4% (11 casos).

El porcentaje de mujeres de los que tuvieron nivel alto fue del 26.47% (9 casos) y del 5.88% de los hombres (2 casos).

Los de mayor edad presentaron nivel alto de burnout, así como los que más años tenían trabajados en Urgencias.

Conclusión: en la categoría TCAE se da nivel alto de burnout en mujeres de mayor edad y más años trabajados en Urgencias.

El nivel de **despersonalización** entre los TCAE fue:

- Nivel bajo 41.2% (14 casos).
- Nivel medio 26.5% (9 casos).
- Nivel alto 32.4% (11 casos).

Entre los que presentaron nivel alto el 26.47% fueron mujeres (9 mujeres) y el 5.88% hombres (2 hombres).

Los de mayor edad presentaron nivel alto de despersonalización, así como los de mayor tiempo trabajado en Urgencias.

Conclusión: en la categoría TCAE las mujeres de mayor edad y más tiempo trabajado en Urgencias presentaron nivel alto de despersonalización.

El nivel de **realización personal** fue:

- Nivel bajo 29.4% (10 casos).
- Nivel medio 29.4% (10 casos).
- Nivel bajo 41.2% (14 casos).

Presentaron nivel bajo el 26.47% de las mujeres (9 mujeres) y el 2.94% de los hombres (1 hombre).

Los TCE más jóvenes presentaron nivel bajo de realización personal.

Y también presentaron nivel bajo los TCAE con menos tiempo trabajado en Urgencias.

Conclusión: ser mujer joven y con poco tiempo trabajado en Urgencias entre los TCAE predispone a nivel bajo de realización personal, por tanto mayor burnout.

Los TCAE pudieron tener otra serie de condicionantes no valorados en el estudio que podrían haber interferido en los resultados como sería la presencia de:

- Turnicidad: turnos de 8 horas (de 8h a 20h o de 20h a 8h).
- Nocturnidad, para de los turnos son en horario de noche.
- Contacto con la enfermedad, sufrimiento y muerte.
- Riesgo de contagio de enfermedades.
- Contacto con familiares de pacientes.
- Cambios constantes de protocolos.
- Movilización de pacientes.
- Relación estrecha con el paciente y con los familiares que no siempre afrontan con cordialidad el tiempo de espera en Urgencias, las decisiones tomadas por los facultativos, etc.
- Siempre en primera línea de nuevas patologías como es el caso de la COVID-19 y ahora incertidumbre con la aparición de casos en España de la Viruela del Mono que llevará a nuevos protocolos.

- Parte del personal con contratos laborales eventuales lo que supone estrés e incertidumbre respecto al momento en que el contrato termine.

INTERVENCIONES PARA REDUCIR EL RIESGO DE BURNOUT Y REDUCIR EL RIESGO PSICOSOCIAL

Una vez que se han reconocido los grupos de trabajadores más vulnerable del estudio, los de mayor riesgo sometidos a niveles altos de burnout, a continuación se propondrán pautas para la intervención y la prevención del burnout. Estas pautas también serán de utilidad para los que no tienen niveles de burnout y para los de nivel bajo y medio en las 3 subescalas.

Nivel organizativo

- **Formación sobre burnout a los trabajadores** que les ayude a reconocer las señales de alarma que indican su presencia (como problemas de motivación, pérdida de cohesión con los compañeros...) y conocer el peligro que el burnout puede significar para sus vidas lo que llevaría a pedir ayuda a tiempo. Más adelante se expondrá una propuesta de curso de burnout.

- Generar grupos de interés asociados al **control de información sobre burnout** con el fin de generar dinámicas de apoyo entre los trabajadores. Sería mediante la creación de un equipo multidisciplinar que incluya la presencia de un técnico en prevención de Riesgos Laborales, de un psicólogo para gestión de la ansiedad y problemas y valorar de forma temprana los trabajadores que están entrando en grupos de riesgo de burnout

- Dar la posibilidad de la **formación continuada** durante el horario laboral de forma que el trabajador amplíe o reafirme sus conocimientos y esto no le haga quitarle tiempo a su vida personal.

Esto haría que el estrés creado a los trabajadores de mayor edad por el uso de nuevas tecnologías o la creación de nuevos protocolos de actuación se viese disminuido.

De este modo también los que menos tiempo trabajado llevan, como en nuestro caso es el de los FEA más jóvenes podrían aplicar sus conocimientos teóricos a las horas prácticas de los cursos lo que fomentaría la confianza en sí mismos.

- **Evitar los turnos de 24 horas**, que van generando muchas horas de sueño perdidas que nunca se llegan a recuperar en la mayor parte de los trabajadores, acumulándose de este modo un exceso de cansancio que desencadena niveles altos de burnout.

- Garantizar a los trabajadores los **recursos adecuados** para asegurar su protección como es el caso del abastecimiento de EPIS para el contacto con pacientes infectocontagiosos. Saber que estás protegido ante la presencia de un paciente con determinadas patologías disminuye el estrés y la ansiedad de pensar que podrías infectarte y contagiar a tus allegados.

- Realizar reuniones semanales de *feedback* o **retroinformación del resultado del trabajo**, la finalidad de estas sesiones sería hacer una valoración de la actuación en Urgencias ante situaciones adversas en las que participan las 3 categorías profesionales que pueden generar ansiedad. En ellas se podrían observar las fortalezas y debilidades con las que ha contado esta situación de estrés que sirve para:

- fomentar el trabajo en equipo y la colaboración
- evaluación del estado emocional de los trabajadores para reconocer señales de alarma de burnout.
- autoevaluación de conocimientos y limitaciones
- evitar ambigüedades y conflictos de roles estableciendo objetivos claros para los profesionales, pero siempre reforzando que se forma parte de un equipo.

El profesional podría evitar cargas emocionales pesadas de situaciones de mucho estrés mal gestionadas que pueden desembocar en burnout que podría ralentizar su actuación ante otra situación de estas características.

Existe la necesidad de vías de comunicación accesible y activa para poder percibir situaciones de riesgo de burnout y en caso de ser necesario comunicarlo a medicina del trabajo para dar apoyo emocional y psicológico al trabajador.

- Promover la seguridad en el empleo, para ello sería necesario garantizar una **estabilidad laboral** con contratos de duración más larga que los habituales 6 meses de los contratos eventuales en el mejor de los casos y la creación de nuevos puestos de trabajo para disminuir la carga asistencial. Esta solución no es factible a corto plazo ya que está en manos de la Gestión del hospital, pero se lanza desde aquí como una propuesta a gestores hospitalarios como medida de prevención de burnout.

Esta pauta disminuiría la incertidumbre permanente que supone para el trabajador pensar en el final del contrato, aliviando de este modo el estrés y ayudaría también al sentimiento de equipo que en ocasiones es difícil conseguir si el trabajador piensa que está de paso en ese servicio.

- La rotación de tareas a nivel organizativo ayuda a reducir la carga de trabajo y el riesgo de burnout.

- Definición de competencias y responsabilidades. Es esencial conseguir un diseño óptimo de las funciones y responsabilidades propias de la actividad laboral para reducir el estrés que esta genera, por ejemplo, a través de formación dirigida a mejorar los recursos instrumentales en su trabajo, así como a aumentar la competencia psicosocial del profesional.

- Mejorar los recursos de **resistencia y resiliencia** para proteger a los trabajadores ante las situaciones estresantes mediante el autocontrol, reducción y la gestión del estrés asociado a carga en el trabajo.

La resiliencia (capacidad de adaptación ante situaciones adversas de tal forma que se sale fortalecido de las mismas), se presenta como un posible factor protector de los síntomas del trastorno de estrés postraumático, ansiedad y depresión, se destaca la necesidad de promover la resiliencia entre el personal sanitario. Diferentes estudios han señalado diversas medidas para promover la resiliencia entre estos profesionales durante la pandemia de COVID-19. Estos incluyen los siguientes: proporcionar capacitación psicológica a los trabajadores de la salud para que puedan ayudar a los pacientes y fomentar el apoyo dentro de la organización por parte de la red de personal y la comunicación de capacitación [42].

Nivel individual

- Entrenar en el **manejo de la ansiedad y el estrés** en situaciones inevitables de relación con el usuario. Se puede realizar mediante el aprendizaje de técnicas de relajación individuales orientadas al control del estrés para modular el desgaste y agotamiento psíquico provocadas por estados permanentes de estrés reconociendo los indicadores de burnout.
 - **Entrenamiento en la resolución de problemas** mediante el reconocimiento del problema y valorar las posibles soluciones eligiendo la más adecuada en cada momento.
 - Elección de **estilos de vida saludables**, mediante un plan que introduzca la realización de 30 minutos diarios de ejercicio aeróbico que ayude al trabajador a no pensar en el trabajo en horario no laboral y sirva de terapia que libere estrés y reduzca la ansiedad después del turno laboral.
- A ello debe sumarse una alimentación saludable y equilibrada basada en la dieta mediterránea para un adecuado equilibrio físico y mental evitando el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias tóxicas.

PROPUESTA DE CURSO DE FORMACIÓN EN BURNOUT:

- Orientado a las 3 categorías profesionales: FEA, DUE y TCAE para dar a conocer que no es problema de una sola categoría.
- Lugar: sala de sesiones del Servicio de Urgencias.
- Duración: 6 horas repartidas en 3 días (2 horas diarias) durante la jornada laboral.
- Objetivos del curso:
 1. Conocer en qué consiste el síndrome de burnout. Presentación del síndrome de burnout como una enfermedad del trabajo, dimensiones y riesgos psicosociales asociados.
 2. Análisis de las causas principales de burnout y el conocimiento de los factores que lo determinan, así como sus consecuencias. En el caso que nos compete exposición del grupo vulnerable en este servicio de Urgencias: mujeres de las 3 categorías profesionales a partir de 45 años y más de 10 años trabajados en Urgencias por ser el grupo de mayor nivel de burnout.
 3. Detección de los signos de alarma de burnout.
 4. Soluciones al problema

Para el grupo más vulnerable se han elaborado talleres, autoconcienciando que tras la evaluación del riesgo se ha reconocido ser el grupo de riesgo.

1. Taller de autopercepción de burnout: cómo me siento, cómo me afecta la labor asistencial diaria, mi relación con los compañeros...
2. Terapia de mindfulness, para potenciar la autoconciencia (reconociendo el malestar psicológico que el trabajador puede tener minimizando la contratransferencia) que facilita el autocuidado, lo que se traduce en mejorar el bienestar personal y la relación con el paciente.

Para el resto de los participantes se propone realizar los mismos talleres fomentando el conocimiento del síndrome y realizando una autoevaluación de su estado actual y mediante terapia mindfulness potenciar la autoconciencia y el autocuidado.

“UMH-MÁSTER UNIVERSITARIO EN PRL” Y “TFM”

La fase final del curso sería la realización de un examen evaluador del conocimiento de burnout y evaluar qué ha supuesto el curso para la integración en el día a día del trabajador.



6. CONCLUSIONES

1. En el estudio se han detectado niveles de burnout en las 3 categorías profesionales: FEA, DUE y TCAE.
2. Se han comprobado las dimensiones de burnout por la presencia en las 3 categorías de niveles elevados de agotamiento emocional, despersonalización y nivel bajo de realización personal.
3. Han sido localizadas características grupales que definen la presencia de burnout para la realización de una actuación preventiva de forma óptima de modo que se propone la impartición de un curso de formación de burnout teniendo en cuenta el perfil de los trabajadores más vulnerables.
4. Entre los facultativos especialistas adjuntos de Urgencias (FEA) se encontró que el nivel alto de agotamiento personal de burnout estaba más presente en el sexo femenino, jóvenes y con menos años trabajados en Urgencias como consecuencia con menor experiencia laboral, ejerciendo la edad como factor protector de AE. La formación está indicada en el perfil de facultativos con menor edad y poca experiencia laboral.
5. Nivel alto de despersonalización entre los FEA se dio más en las mujeres de la muestra de mayor edad y más tiempo trabajado en Urgencias.
6. Entre los FEA predispone a nivel bajo de realización personal el ser mujer cerca de los 50 años con tiempo en Urgencias entre 10 y 20 años.
7. Presentaron nivel alto de agotamiento emocional entre los DUE mayormente en mujeres de mayor edad con más tiempo trabajado en Urgencias.
8. Factores de riesgo para presentar despersonalización en los DUE es ser mujer y con más años trabajados en Urgencias.

9. Ser mujer, con edad superior a 40 años y más de 5 años trabajados en Urgencias conlleva a presentar nivel bajo de realización personal entre los DUE
10. En la categoría TCAE se da nivel alto de agotamiento emocional en mujeres de mayor edad y más años trabajados en Urgencias.
11. En la categoría TCAE las mujeres de mayor edad y más tiempo trabajado en Urgencias presentaron nivel alto de despersonalización.
12. Ser mujer joven y con poco tiempo trabajado en Urgencias entre los TCAE predispone a nivel bajo de realización personal, por tanto, mayor burnout.
- 13 Se recomienda la realización de un curso de formación sobre burnout a todas las categorías profesionales tengan los trabajadores o no niveles de burnout e independiente del nivel de burnout para el reconocimiento del síndrome y sus manifestaciones tempranas, así como el conocimiento de los medios para solicitar ayuda profesional.



7. BIBLIOGRAFÍA

1. Serrano, M. D. L. P., Moreno, M. P., & Vázquez, J. M. (2004). *Agotamiento emocional: escala burnout adaptada para mujeres trabajadoras en la costura industrial*. *Investigación en salud*, 6(2), 91-96.
2. Freudenberger H. *Staff burnout*. *J Soc Issues* 1974; 30: 159-165
3. Lovo, J. (2020). *Síndrome de burnout: Un problema moderno*. *Entorno*, (70), 110-120.
4. Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). *The measurement of experienced burnout*. *Journal of organizational behavior*, 2(2), 99-113.
5. Martín, C., Fernández, B., Gómez, N., & Martínez, C. (2001). *Prevalence and factors associated with burnout in a health area*. *Atención Primaria*, 27(5), 313-317.
6. Gil Monte, P. R. y Peiró, J. M. (january, 1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/263276186_Desgaste_psiquico_en_el_trabajo_el_sindrome_de_quemarse.
7. Schaufeli, W. y Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. London, England: Taylor & Francis.
8. Bianchi, R., Schonfeld, I. S. & Laurent, E. (2015). *Is burnout separable from depression in cluster analysis? A longitudinal study*. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(6), 1005-1011. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25527209/>.
9. Farber, B. A. (1984). *Stress and burnout in suburban teachers*. *Journal of Education*
10. Moreno-Jiménez, B., Seminotti, R., Garrosa, E., Rodríguez-Carvajal, R., & Morante, M. E. (2005). *El burnout médico: la ansiedad y los procesos de afrontamiento como factores intervinientes*. *Ansiedad y estrés*, 11(1), 87-100. Maslach C, Jackson S, Leiter M. *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA Consulting Psychologist Press; 1996.
11. Montero-Marín, J. (2016). *El síndrome de burnout y sus diferentes manifestaciones clínicas: una propuesta para la intervención*. *Anestesia Analgesia Reanimación*, 29(1), 4-4.
12. Gil-Monte P. *El síndrome de Quemarse por el Trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide; 2005.
13. Schaufeli WB. *Past performance and future perspectives of burnout research*. *SAJIP* 2003; 29:1-15.

14. Demerouti E, Verbeke W, Bakker A. *Exploring the relationship between a multidimensional and multifaceted burnout concept and self-rated performance. J Manage* 2005; 31:186-209.
15. Farber BA. *Introduction: Understanding and treating burnout in a changing culture. J Clin Psychol* 2000 May;56(5):589-94.
16. Juárez-García, A., Idrovo, Á. J., Camacho-Ávila, A. y Placencia-Reyes, O. (abril, 2014). *Síndrome de burnout en población mexicana: una revisión sistemática. Salud mental, 37(2), 159-176. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000200010.*
17. Dyrbye, L. N., Massie, F. S., Eacker, A., Harper, W., Power, D., Durning, S. J., Thomas, M. R., Moutier, C., Satele, D., Sloan, J. & Shanafelt, T. D. (2010). *Relationship Between Burnout and Professional Conduct and Attitudes Among US Medical Students, JAMA, 304, 11, 1173-1180.*
18. Tironi, M. O. S., Teles, J. M. M., Barros, D. D. S., Vieira, D. F. V. B., Silva Filho, C. M. D., Martins Júnior, D. F., ... & Nascimento Sobrinho, C. L. (2016). *Prevalência de síndrome de burnout em médicos intensivistas de cinco capitais brasileiras. Revista brasileira de terapia intensiva, 28, 270-277.*
19. Ochoa González, M. E. (2017). *Síndrome de burnout en médicos: ausentismo, seguridad del paciente. Una revisión sistemática exploratoria. Facultad de Enfermería.*
20. López-Soriano, F., & Bernal, L. (2002). *Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout en enfermería de atención hospitalaria. Revista de Calidad asistencial, 17(4), 201-205.*
21. Gil-Monte, P. R. (2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) como fenómeno transcultural. Información psicológica, (91-92), 4-11. Gil Monte, P. R. y Peiró, J. M. (January, 1997). Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/263276186_Desgaste_psiquico_en_el_trabajo_el_sindrome_de_quemarse.*
22. Gil Monte, P. R. y Peiró, J. M. (January, 1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/263276186_Desgaste_psiquico_en_el_trabajo_el_sindrome_de_quemarse.*
23. Saborío Morales, L., & Hidalgo Murillo, L. F. (2015). *Síndrome de burnout. Medicina Legal de Costa Rica, 32(1), 119-124.*

24. Savio, S. A. (2008). *El síndrome del Burnout: un proceso de estrés laboral crónico*. *Hologramática*, 1(8), 121-38. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2578052>.
25. Quiceno, J. M. y Vinaccia Alpi, S. B. (2007). *Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)*. *Acta colombiana de psicología*, 10(2), 117-125. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/798/79810212.pdf>.
26. Thomaé, M. N. V., Ayala, E. A., Sphan, M. S. y Stortti, M. A. (enero, 2006). *Etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud*. *Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina*, 153(1), 18-21. Recuperado de https://med.unne.edu.ar/revistas/revista153/5_153.pdf
27. López-Elizalde, C. (2004). *Síndrome de burnout*. *Revista mexicana de anestesiología*, 27(1), 131-133. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2004/cmas041ac.pdf>
28. Olmedo, M. y Santed, M. A. (1999). *El estrés laboral*. Madrid, España: Klinik.
29. Leiter, M. P. y Maslach, C. (2000). *Preventing burnout and building engagement*. San Francisco, United States of America: Jossey-Bass.
30. Moss, V. A. (november, 1989). *Burnout. Symptoms, causes, prevention*. *AORN journal*, 50(5), 1071-2. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/journal/aorn-journal/vol/50/issue/5>.
31. Arayago R., González A., Limongi M., Guevara H. *Síndrome de Burnout en residentes y especialistas de anestesiología*. *Rev Salus UC*. 2016;20:13–21. [consultado 7 Ago 2018] Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/s/v20n1/art04.pdf>. [Google Scholar]
32. Rodríguez, J. (2010). *Propuesta: Programa Integral de Autocuidado*. *Enfermería en Costa Rica*, 31, 2-7.
33. Mouza J. *El 'burnout' toma peso en la lista de dolencias de la OMS*. *EL PAIS* [En línea]. 2019. [fecha de acceso 17 de febrero del 2021]; URL disponible en https://elpais.com/sociedad/2019/05/27/actualidad/1558956228_933147.html
34. INSTT, *Síndrome de desgaste profesional Burnout*. 14 de enero de 2022, versión online.
35. OMS, *Nuevo coronavirus-China, 2020*. (<https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en>) (12 de enero de 2020) (Consultado el 19 de diciembre de 2020) [Documento WWW]. *Nuevo coronavirus-China*.
36. Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). *Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed*. *The lancet psychiatry*, 7(3), 228-229.

37. Danet, A. D. (2021). *Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. Medicina Clínica*, 156(9), 449-458.
38. C. Kröger. *Shattered social identity and moral injuries: work-related conditions in health care professionals during the COVID-19 pandemic Psychol Trauma.*, 12 (2020), pp. S156-S158
39. S. Pappa, V. Ntella, T. Giannakas, V.G. Giannakoulis, E. Papoutsis, P. Katsaounou *Prevalence of depression, anxiety and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis Brain Behav Immun.* (2020), 10.1016/j.bbi.2020.05.026.
40. García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, Martín-Pereira J, Fagundo-Rivera J, Ayuso-Murillo D, Martínez-Riera JR, Ruiz-Frutos C. *Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática [Impact of SARS-CoV-2 (Covid-19) on the mental health of healthcare professionals: a systematic review.]. Rev Esp Salud Publica.* 2020 Jul 23;94:e202007088. Spanish. PMID: 32699204.
41. Ibar, C., Fortuna, F., González, D., Jamardo, J., Jacobsen, D., Pugliese, L., Giraudó, L., Ceres, V., Mendoza, C., Repetto, E.M., Reboredo, G., Iglesias, S., Azzara, S., Berg, G., Zopatti, D., & Fabre, B. (2021). *Evaluación de los niveles de estrés, burnout y cortisol capilar en trabajadores de la salud de un Hospital Universitario durante la pandemia de COVID-19. Psiconeuroendocrinología*, 128, 105213. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2021.105213>
42. Luceño-Moreno, L., Talavera-Velasco, B., García-Albuérne, Y., & Martín-García, J. (2020). *Síntomas de estrés postraumático, ansiedad, depresión, niveles de resiliencia y burnout en el personal sanitario español durante la pandemia de COVID-19. Revista internacional de investigación ambiental y salud pública*, 17(15), 5514.
43. Raudenská, J., Steinerová, V., Javůrková, A., Urits, I., Kaye, A. D., Viswanath, O., & Varrassi, G. (2020). *Occupational burnout syndrome and post-traumatic stress among healthcare professionals during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 34(3), 553-560.
44. Alharbi, J., Jackson, D., & Usher, K. (2019). *Compassion fatigue in critical care nurses: An integrative review of the literature. Saudi Medical Journal*, 40(11), 1087.
45. Styra, R., Hawryluck, L., Robinson, S., Kasapinovic, S., Fones, C., & Gold, W. L. (2008). *Impact on health care workers employed in high-risk areas during the Toronto SARS outbreak. Journal of psychosomatic research*, 64(2), 177-183. *Research*, 77 (6), 325-331

46. Wu, Y., Wang, J., Luo, C., Hu, S., Lin, X., Anderson, A. E., ... & Qian, Y. (2020). A comparison of burnout frequency among oncology physicians and nurses working on the frontline and usual wards during the COVID-19 epidemic in Wuhan, China. *Journal of pain and symptom management*, 60(1), e60-e65.

