Universitat Oberta de Catalunya

Estudios de Economía y Empresa

Máster Universitario en Dirección y Gestión de RRHH.

Trabajo de Fin de Máster

Incidencia del Burnout en enfermeros de urgencias y análisis de su relación con las variables resiliencia y apoyo social durante el Covid-19.

Cristina Abellán Pérez

Trabajo Fin de Máster

Máster en Dirección y Gestión de Recursos Humanos

Universitat Oberta de Catalunya

TÍTULO DEL TFM: Incidencia del Burnout en enfermeros de urgencias y análisis de su relación con las variables resiliencia y apoyo social.

Nombre del alumno/a: Cristina Abellán Pérez

Cabellanp@uoc.edu

Nombre del tutor: José Antonio Climent Rodríguez

Tipo de TFM: Trabajo de investigación.

Curso 2020, 2º Semestre

Índice

1. Resumen 5

2. Abstract 6

3. Introducción 7

3.1. Fundamentación teórica 7

3.1.1 Síndrome de estar quemado "Burnout" 7

3.1.2 Resiliencia 10

3.1.3 Apoyo Social 13

3.2. Objetivos 16

4. Método 18

4.1. Descripción de la muestra 18

4.2. Procedimiento 20

4.3. Instrumento 21

5. Resultados 30

6. Discusión 43

7. Conclusión 46

8. Referencias bibliográficas 50

9. Anexos 55

1. Resumen

Dada la situación a la que hemos tenido que hacer frente durante estos últimos meses de Marzo/Abril/Mayo, con la llegada del Covid-19, y el descontrol sanitario que ha supuesto, así como el grado de sobre esfuerzo y sobrecarga laboral y emocional al que han sido sometidos tanto los enfermeros como cualquiera de los integrantes del ámbito sanitario, pero especialmente los que se encontraban en urgencias pues eran los más expuestos al contagio, hemos considerado que sería interesante evaluar el nivel de Burnout que pueden llegar a experimentar, el nivel de resiliencia que tienen y el grado de apoyo social percibido. En nuestra investigación trataremos de analizar en qué grado las manifiestan nuestros participantes, que son enfermeros de urgencias del Hospital General Universitario Santa Lucia, y si existe o no correlación entre estas tres variables. Tras suministrarles los siguientes instrumentos: Cuestionario MOS de Apoyo Social, Escala de Resiliencia de 14 ítems de Wagnild y el Maslach Burnout Inventory-General Survey, obtuvimos como resultados que nuestros participantes tenían puntuaciones elevadas en Resiliencia (50% altas, 50% muy altas), una buena percepción de apoyo social y, en cuanto al síndrome de estar quemado, solo el 2.5% de los participantes, 5% si consideramos los valores medios bajos en la dimensión eficacia profesional, reúnen las 3 condiciones indispensables para realizar el diagnóstico del síndrome de Burnout, siendo estas tener un alto nivel de agotamiento y cinismo y un bajo nivel de eficacia profesional. Por otro lado, no parecía existir una correlación lineal significativa entre apoyo social percibido y burnout, pero sí que había una correlación lineal negativa significativa entre burnout y resiliencia, por tanto, a medida que aumentan los niveles de resiliencia disminuyen los de burnout.

Palabras clave: Síndrome de estar quemado, burnout, resiliencia, apoyo social, enfermería, urgencias.

2. Abstract

Due to the situation that we have lived these lasts months of March, April, May with the Covid-19 pandemic, and the sanitary chaos lived by the nurses and the other sanitary professionals with the laboral and emotional overload, especially those working in the emergencies departments because they were the most exposed to the virus. We considered interesting to evaluate the level of Burnout that they could suffer as well as the level of resilience that they could have (which is a protecting factor) and the social support perceived. In our research we will try to analyse which level our participants, who are nurses of the Hospital General Universitario Santa Lucia, manifest and if there is an association between these three variables.

After providing the following instrument: Cuestionario MOS de Apoyo Social, Escala de Resiliencia de 14 ítems de Wagnild y Maslach Burnout Inventory-General Survey, we obtained the result that our participants have high resiliencies levels (50% high and 50% very high) as well as a good perception of their social support and in reference to the burnout, only the 2.5% of the participant, 5% if we considerate the medium low values in professional effectiveness, gather the three necessaries conditions to make the diagnosis of burnout. On the other hand, it looks like there is no significant lineal correlation between burnout and social support, but there is a significant positive lineal correlation between burnout and resilience, therefore as resilience levels increase burnout levels decrease.

Keywords: Burnout, social support, resilience, emergencies professionals, nurses.

3. Introducción

Dada la situación a la que hemos tenido que hacer frente durante estos últimos meses de Marzo/Abril/Mayo, con la llegada del Covid-19, y el descontrol sanitario que ha supuesto, así como el grado de sobre esfuerzo y sobrecarga laboral y emocional al que han sido sometidos tanto los enfermeros como cualquiera de los integrantes del ámbito sanitario, pero especialmente los que se encontraban en urgencias pues eran los más expuestos al contagio, hemos considerado que sería interesante evaluar el nivel de Burnout que pueden llegar a experimentar, el nivel de resiliencia que tienen y el grado de apoyo social percibido. Éste último podría resultar un tanto diferente al que se experimentaba previamente a la pandemia, pues es relativamente sencillo que se nos haga accesible a la memoria un recuerdo de alguien quejándose del servicio sanitario y, especialmente, del servicio de urgencias, como por ejemplo "he tenido que esperar 6 horas cuando habían solo tres personas" y otros del estilo. Esto ha parecido cambiar debido a la situación actual, donde los sanitarios han pasado a ser considerados por la población como los grandes héroes del momento, tanto es así que incluso se dedica una hora cada día de confinamiento a aplaudir su labor. Entonces, esta población habrá pasado de recibir gran cantidad de críticas a un reconocimiento importante de su labor que pensamos que podría tener influencia en el apoyo social que perciben y por ende en su nivel de Burnout.

3.1. Fundamentación teórica

3.1.1 Síndrome de estar quemado "Burnout"

El psicólogo Herbert Freudenber fue uno de los primeros profesionales en definir está afección y ponerle nombre tras observar como los voluntarios que trabajaban con toxicómanos comenzaban a sufrir una progresiva pérdida de energía que les acababa llevando al agotamiento y desmotivación en su labor tras un tiempo sostenido en sus puestos. Conceptualizó el burnout como aquella sensación de agotamiento, perdida de interés por el trabajo e incluso decepción, que aparece en profesionales de servicios como consecuencia de estar en contacto diario con los otros (Ortega y López, 2004).

Tras él llegaron las psicólogas Christina Maslach y Susan Jackson expandiendo su descripción, dividiéndolo en tres dimensiones y creando un instrumento específico para medirlo, el ***Maslach Burnout Inventory*** (El confidencial, 2019). La definición que aportaron estas autoras fue de las más aceptadas entre los investigadores ya que lo conceptualizaron, según Ortega y López (2004) como "el cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso". Determinaron que este síndrome se produce

en los profesionales cuyo objeto de trabajo son las personas y que se podría dividir en tres dimensiones:

- Agotamiento o cansancio emocional. Hace referencia al cansancio que se manifiesta física y/o psíquicamente. Sensación de no poder dar más de sí mismo a los otros.
- Despersonalización. Hace referencia al desarrollo de actitudes, sentimientos y respuestas frías, distantes o negativas hacia los demás, especialmente a los usuarios o pacientes a los que atiende.
- Baja realización personal o logro. Hace referencia a la percepción de falta de sentido de la propia vida y de los logros alcanzados, se relaciona con baja autoestima y sentimientos de fracaso.

No obstante, no tardaron en llegar otras investigaciones que afirmaban que el síndrome se podría desarrollar en profesiones distintas de las del sector servicios, llegando incluso a poder producirse en estudiantes, como podemos ver en la publicación de Martínez y Pinto (2005) donde evalúan el burnout en estudiantes de España y Portugal y lo relacionan con variables académicas. En esta nueva línea de trabajo lo fundamental es que suelen definir el burnout como una respuesta al estrés laboral crónico.

Y en esta misma línea, la Organización Mundial de la Salud (**OMS**) lo ha considerado tan importante que lo **ha incluido** en la nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (**CIE-11,** 2020) como un "***síndrome resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo*** que no ha podido ser manejado con éxito". Éste estaría caracterizado por 3 dimensiones, muy similares a las anteriormente comentadas propuestas por Maslach y Jackson:

1. Agotamiento o falta de energía.
2. Despersonalización laboral o aumento de la distancia mental del trabajo con uno mismo, sentimientos de negativismo y/o cinismo sobre su trabajo.
3. Eficacia profesional reducida.

Se hace especial relevancia en la descripción del síndrome en que el agotamiento hará referencia específicamente a aspectos del contexto ocupacional y no a otras áreas de la vida como podemos ver en la publicación de Redacción médica (2019).

En cuanto a variables implicadas en el desarrollo del burnout podemos destacar como los profesionales de la salud, como los enfermeros, se encuentran expuestos a una serie de estresores laborales específicos (Ortega y López, 2004):

- El contacto continuo con los pacientes exige un grado de implicación para establecer una buena relación de ayuda. En este sentido un vínculo inadecuado, ya sea por defecto (evitación) como por exceso (sobreimplicación) puede crear complicaciones importantes tanto para los enfermos como para sus cuidadores.

- Están expuestos a una elevada estimulación aversiva. Se enfrentan continuamente a la muerte y sufrimiento de los pacientes, así como, al dolor que sienten los familiares por la pérdida de sus allegados.
- Sobrecarga de trabajo. Deben atender a una proporción muy alta de enfermos.
- Pueden padecer frustración por no poder curar, fin para el que han estudiado.
- Deben enfrentarse a horarios de trabajo irregulares por la realización de turnos.
- Conflicto de rol y/o ambigüedad de rol cuando llegan a un servicio distinto o no están bien delimitadas las formas de actuación.
- Falta de cohesión en el equipo multidisciplinar.
- Escasa o nula formación en estrategias o habilidades de control emocional tanto propias como de los pacientes y/o familiares.
- Individualismo y burocratización en los hospitales.

Con la llegada del Covid-19, muchos de estos estresores incluso han empeorado, ya que han estado mucho más expuestos a estimulación aversiva, la cantidad de muertes y de pacientes padeciendo el virus ha sido atroz, los horarios de trabajo se descontrolaron aumentando las horas que debían estar de servicio, la frustración también aumentó sobremanera pues no sabían cómo debían actuar, la incertidumbre reinaba en la mayoría de servicios y el miedo ante lo desconocido se hacía cada vez más fuerte, llegando a sentirlo también por si se contagiaban ellos mismos o si se lo transmitían a algún familiar, pues las medidas de seguridad que se tomaron en un primer momento fueron bastante deficientes.

No parecen existir **datos precisos** en cuanto a la **prevalencia** del síndrome. En cuanto al sexo y otras características sociodemográficas no parecen encontrarse diferencias significativas, mientras que en la edad, determinados estudios coinciden en señalar que se dan más casos en el intervalo de 30 a 50 años (Fidalgo, 2020).

Los estudios se han centrado, sobre todo, en colectivos concretos como profesionales sanitarios, de la enseñanza, servicios sociales y fuerzas de seguridad, ya que son trabajos en los que se mantiene un contacto directo con los usuarios que son los que se benefician del trabajo. En estas profesiones los porcentajes de prevalencia oscilan del 10% al 50% de afectados, no obstante, el síndrome se puede producir en distintas profesiones no siendo exclusivo de las anteriores.

Según los datos obtenidos en un reciente estudio de ***Medscape*** (2019) llevado a cabo principalmente con el análisis de las respuestas de 1.053 médicos españoles, se sitúa a estos profesionales en una posición dominante frente a otros países de Europa evaluados (Francia, Alemania, Portugal y Reino Unido).

De este estudio se desprende que el **37% de los médicos españoles han afirmado sufrir burnout,** únicamente detrás de los portugueses donde lo padecerían un 38% y diferenciándose

en gran medida estas cifras de las de los médicos alemanes que rondan el 26% de afectados (Cotelo, 2019).

Figura1. Comparaciones de Burnout en facultativos de distintos países. Recuperado de Tim Locke (2019), *Medscape.*

De una forma más específica, centrándonos en el área sanitaria, como podemos ver en la publicación de Redacción médica (2019) el 39% de los facultativos españoles garantiza que el hecho de que se produjese una *reducción en la carga asistencial* sería algo muy **positivo para la reducción del síndrome** en el colectivo, siendo fundamental que esta medida sea aplicada tanto en Atención especializada como en primaria.

Es por datos como éstos por lo que consideramos relevante hacer una evaluación de la incidencia del burnout en enfermeros de los Servicios de urgencias, pues por analogía con los médicos y por lo comentado en otras publicaciones sobre este tipo de población como la de Grau (2008) parece ser también elevada. Todo ello unido a la medición de los niveles de apoyo social y resiliencia podría completar el trabajo pues son unas variables que en principio afectarán al burnout que padezcan.

3.1.2 Resiliencia

La resiliencia ha sido definida de varias formas a lo largo de la literatura científica, es en el sentido más estricto, una palabra cuyo origen reside en el latín "resilio" que significa volver de un salto, rebotar. Esto ha llevado a que autores como **Rutter** la utilizaran para designar a aquellos individuos que se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos a pesar de haber nacido y

vivido en situaciones de alto riesgo y otros, como **Cyrulnik**, la definieran como aquella capacidad que tienen las personas que han sufrido una adversidad de superarla y además salir fortalecidos de esa situación (Cortés, 2010).

Otros autores como Vanistendael la consideran una capacidad universal de los seres humanos para minimizar o superar las consecuencias aversivas de la adversidad, Walsh, además añadiría que la persona saldría fortalecida de la situación al adueñarse de recursos extra durante la misma, entendiendo la resiliencia como un proceso activo de autocorrección y desarrollo frente a las crisis.

En distintas publicaciones, como la de Esteban (2016), podemos ver cómo, sin embargo, la definición más aceptada es la de **Luthar** quien entiende la resiliencia como "un **proceso dinámico** que tiene como resultado la adaptación positiva en contextos de adversidad". Por consiguiente, esta definición distinguirá tres componentes que serán fundamentales en el término de resiliencia:

- Se produce una adversidad, trauma o riesgo para el desarrollo. Se podría entender por adversidad las circunstancias vitales negativas relacionadas con problemas de adaptación. En función de la complejidad del proceso, puede darse desde una resiliencia frente a sucesos cotidianos, como podría ser el estrés laboral, a una resiliencia contra un estrés severo ocasional, como la muerte de un familiar.
- Se supera o se produce una adaptación positiva a la adversidad.
- Se considera un proceso de desarrollo dinámico en el que influyen mecanismos cognitivos, emocionales y socioculturales.

Por todo ello, se podría determinar que la resiliencia implica el hecho de tener la capacidad para poder afrontar el estrés, de responder a las situaciones adversas de presión poniendo en marcha estrategias que permitan superar las diferentes circunstancias.

Parecen existir una serie de características personales asociadas a la resiliencia (Cortés, 2010), entre ellas destacamos:

1. **Autoestima consistente**. Se considera como el pilar base de la resiliencia, seria producto del estilo de crianza, del cuidado afectivo consecuente por parte de un adulto significativo.
2. **Independencia**. Se entiende en un sentido amplio como la capacidad para determinar unos límites entre las situaciones adversas y uno mismo, ya sea mediante distancia física como emocional.
3. **Introspección.** Sería la capacidad de insight, o capacidad para detectar y reconocer las emociones propias.
4. **Iniciativa.** Se entiende como la satisfacción que se obtiene al ponerse a prueba y exigirse en tareas gradualmente más complejas.
5. **Creatividad.** Es una capacidad para construir a partir de la nada, rediseñando, ordenando y creando para encontrar nuevas finalidades.

6. **Humor.** Como la capacidad de hallar lo divertido en la tragedia.
7. **Capacidad de relacionarse.** Hace referencia a la capacidad de generar vínculos, de crear lazos íntimos y satisfactorios con otras personas.
8. **Moralidad.** Hace referencia a la capacidad para comprometerse con valores y ser capaz de discriminar entre aquello que está bien y lo que está mal.

La resiliencia se está convirtiendo, cada vez más, en una variable a investigar dentro del área de la enfermería, ya que se ha probado que actúa de forma beneficiosa frente al estrés y ante otras adversidades tanto en pacientes como en los propios enfermeros.
Los pacientes resilientes han demostrado alcanzar unos resultados más favorecedores para hacer frente a sus enfermedades y el personal de enfermería resiliente puede tolerar y afrontar mejor los estresores hostiles a los que se enfrentan en su puesto de trabajo (como el ambiente de dolor, sufrimiento).
Como la exposición de los enfermeros a este ambiente hostil es continua se ha llegado a considerar la resiliencia como una característica inherente y esencial a esta profesión durante el trascurso de la asistencia sanitaria (Esteban, 2016). Arrogante (2015) señala que McGee va más allá e incluso sugiere que son estas habilidades resilientes de los enfermeros las que provocan que se mantengan en sus puestos de trabajo a pesar del clima laboral complejo y adverso, como el que se está produciendo actualmente con todo lo relacionado con el Covid-19.

Algunos autores como Arrogante (2015) describen que existen evidencias de que la resiliencia reduce los efectos del estrés laboral y que permite amortiguar o minimizar, en enorme medida, las consecuencias de su exposición continua, evitando que se desarrollen patologías como el síndrome de burnout.
Esto último estará estrechamente vinculado al fin último de este estudio, pues trataremos de observar la relación entre las puntuaciones en resiliencia de los enfermeros de urgencias de un hospital con las puntuaciones de los mismos en burnout y si estas argumentaciones teóricas fuesen ciertas se verían reflejadas en los resultados.

En línea con lo anterior, autores como Jackson han creado programas de entrenamiento de la resiliencia que irán dirigidos a los pacientes, a los enfermeros e incluso a la población general con el fin de fortalecer y desarrollar esta característica y, así, poder mejorar la gestión de situaciones adversas (Arrogante, 2015).
Dentro del área de la enfermería determinan que podría fomentarse desde las propias universidades o desde las instituciones sanitarias para promoverlo durante la práctica clínica usual de los profesionales (Esteban, 2016).

Por todo ello, como conclusión, determinaríamos que la resiliencia es relevante tanto para mejorar la salud mental de los enfermeros como para para amortiguar los efectos negativos del

estrés laboral crónico, cuya consecuencia más adversa podría ser la aparición del burnout. Por lo que el entrenamiento de la resiliencia debería ser fomentado para optimar la práctica clínica del personal de enfermería.

3.1.3 Apoyo Social

Para entender la globalidad del concepto de apoyo social es necesario distinguir los términos red social y apoyo social. Como podemos ver en la publicación de Orcasita y Uribe (2010) la primera se definiría como un conjunto de relaciones que tienen un duradero impacto en la vida de cualquier persona. Es decir, cuando hablamos de **red social** hacemos referencia a las distintas condiciones estructurales de las relaciones sociales y estará constituida por las personas significativas cercanas a la persona. Se puede evaluar en función de sus características estructurales (tamaño, densidad, composición o distribución, dispersión, homogeneidad o heterogeneidad), de las funciones de los vínculos (compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva y consejo, regulación o control social, ayuda material y de servicios, acceso a nuevos contactos) y los atributos de ellos.

Las redes suelen estar formadas por miembros de la familia, amigos, vecinos, compañeros y conocidos. Estos vínculos, cada uno con sus distintas intensidades, se transforman en sistemas de apoyo social pasando a constituir un elemento imprescindible para la salud, bienestar y ajuste de la persona. Y por tanto, las redes sociales cumplirían la función de proporcionar el apoyo social que generará las herramientas necesarias para que la persona se desenvuelva en su entorno habitual, como veremos a continuación.

El **apoyo social** sería un elemento fundamental en el desarrollo del **bienestar individual** y familiar ya que irá respondiendo a los momentos de transición y a las necesidades dentro del proceso de desarrollo de cada individuo. Este concepto surgió del interés por entender las interacciones sociales, así como, la predisposición de las personas a buscar la compañía de otros, especialmente cuando nos encontramos en situaciones estresantes (Orcasita y Uribe, 2010). Autores como Festinger, en su teoría de la comparación social, propusieron que esta tendencia a buscar compañía de los otros en una situación de adversidad se debía a la necesidad de realizar una comparación social para intentar obtener, así, información sobre la situación estresante reduciendo con ello la incertidumbre que sienten y para validar las propias reacciones. Otras investigaciones demuestran que estas relaciones permiten ***reducir los efectos negativos*** de distintas situaciones que generan ansiedad, así como, exponen que las personas que reúnen las mejores condiciones físicas y psicológicas eran aquellas que tenían mayores interacciones o que se encontraban mejor integradas socialmente (Orcasita y Uribe, 2010).

Por tanto, podríamos entender que el apoyo social sería la ayuda emocional o instrumental que se deriva de una determinada parte de la red social del individuo (Clemente, 2003).

Los pioneros de estos estudios sobre los efectos protectores del apoyo social en la salud fueron en 1970 llevados a cabo por los autores Cassel, Cobb y Caplan y tras sus descubrimientos le han seguido un gran número de investigaciones y se han creado distintos instrumentos, como el cuestionario M.O.S de apoyo social, para medirlo. El principal descubrimiento que hicieron es que el apoyo social actúa como un protector de los efectos aversivos, tanto psicológicos como físicos, de los sucesos estresantes. Los sujetos y animales que se encontraban en compañía de otros significativos no parecían sufrir las consecuencias de aquellos que se exponían a las situaciones estresantes en régimen de aislamiento. Por tanto, la red social proporcionaría el apoyo social que ayudaría a mantener la integridad psicológica y física de la persona (Orcasita y Uribe, 2010).

No obstante, otros autores como Catersen señalan la posible independencia entre la provisión de apoyo y el mantenimiento de relaciones sociales. Esto significaría que la simple existencia de relaciones no lleva implícita la provisión de apoyo, ya que algunas de estas interacciones pueden incluso ser las fuentes de conflicto.

Es por ello, por lo que se han establecido otro tipo de definiciones donde se le da importancia especialmente a las funciones que cumple el apoyo social, entendiéndolo como un constructo multidimensional con distintas categorías, pertenencia, material, informacional, estima y emocional, entre otras. En esta línea, autores como Thots (1985) definen el apoyo social como el "grado en que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con otros" entendiendo como necesidades sociales básicas al afecto, afiliación, identidad, pertenencia, aprobación y seguridad, que pueden ser cubiertas por medio de provisión de ayuda socioemocional (estima, afecto, simpatía, comprensión) o por ayuda instrumental (información, material, ayuda) (Clemente, 2003).

Por consiguiente, de lo anteriormente expuesto y de las demás investigaciones sobre la definición del término en la literatura científica, parecen existir una serie de acuerdos en los elementos principales que constituyen el constructo (Clemente, 2003):

- Componentes estructurales. Hace referencia al conjunto de relaciones sociales en las que está inmersa la persona.
- Apoyo social percibido y recibido. El apoyo social percibido sería la parte subjetiva e incluiría tantos las cogniciones (creencias sobre las fuentes de apoyo) como las evaluaciones del apoyo (valoración de las fuentes y del apoyo recibido), mientras que el apoyo social recibido sería la parte objetiva, la cantidad de ayuda que realmente ha sido recibida por la persona en un tiempo delimitado.
- Conductas de apoyo. Hace referencia a los aspectos concretos de la interacción social que producen efectos positivos para los demás.
- Contexto en el que se da el apoyo. Para que las conductas de apoyo cumplan con su función de forma apropiada estás deberán ser congruentes con las distintas circuns-

tancias en las que se presenta. Debe, por tanto, existir una concordancia entre el problema que se le presenta a la persona y el tipo y cantidad de apoyo recibido, debiendo ser este acorde a las necesidades y momento del ciclo vital de la persona.

- Multiplicidad de funciones del apoyo social. Como funciones entenderíamos a las consecuencias positivas que tienen las interacciones sociales en los individuos. En general, clásicamente se han distinguido tres funciones: Apoyo material/instrumental (entendido como que exista alguien que pueda proporcionarle ayuda material o tangible, por ejemplo, que haya alguien que los cuide cuando estén enfermos o que los lleve al médico), informacional y emocional (expresión de afecto, comprensión empática, guía, oferta de consejo, interacción social positiva e información). No obstante, a través de instrumentos de evaluación como el Cuestionario de Apoyo Social M.O.S., se han llegado a identificar hasta 4 dimensiones del apoyo social: Apoyo emocional, ayuda material, relaciones sociales de ocio y distracción y apoyo afectivo.

  Con respecto a las funciones y los distintos tipos de apoyo se realizó una diferencia básica entre apoyo en crisis y apoyo diario y entre apoyo instrumental y psicológico, con sus correspondientes combinaciones (Clemente, 2003).

  Se comprende como apoyo psicológico diario a aquel que se recibe a través de las interacciones sociales cotidianas.

  El apoyo psicológico en crisis, sin embargo, haría referencia a aquel que se proporciona en las situaciones críticas en las que es necesaria una adaptación a determinadas circunstancias que no se pueden cambiar.

  El apoyo instrumental diario, por su parte, haría referencia a las situaciones cotidianas en las que podría ser ventajosa la ayuda de una persona. Lo fundamental en este caso es que si ésta no se produce tampoco tendría una repercusión elevada para la persona.

  El apoyo instrumental en crisis, no obstante, hace referencia a las situaciones de crisis en las que es necesaria y fundamental la ayuda instrumental o material de otra persona para poder hacerles frente.

De todo lo expuesto podríamos deducir que el apoyo social es un término complejo que incluye distinta dimensiones y aspectos tanto estructurales como funcionales que será necesario tener en cuenta y también se ha visto que puede ser comprendido como un factor protector ante las situaciones estresantes.

Esto último es relevante para nuestra investigación ya que trataremos de identificar la incidencia del burnout en unos trabajadores de urgencias que se han visto expuestos a unas circunstancias repentinas, muy estresantes y aversivas con la llegada del Covid -19. Y en relación a esto, como los sanitarios eran los únicos que podían hacer frente a la pandemia, en el sentido más estrictamente médico, han recibido una enorme cantidad de apoyo (instrumental y psicológico en crisis) por parte de toda la sociedad, lo que creemos que podría contribuir a que se

hayan adaptado de una mejor manera a la situación tan negativa que estaban viviendo y que, por consiguiente, sus niveles de burnout sean menores a los esperados si no se hubiera producido este cambio en el apoyo social recibido y percibido.

3.2. Objetivos

El objetivo principal de este trabajo de fin de máster será analizar la incidencia del Burnout en enfermeros de urgencias durante el estado de alarma y comprobar los niveles de resiliencia y apoyo social que experimentan para, a su vez, intentar verificar si existe algún tipo de relación entre las tres variables.

Por ello se plantearán una serie de hipótesis que trataremos de comprobar durante el trabajo:

- **Hipótesis principal:**
  Ho: No existe relación entre las variables nivel de burnout, resiliencia y apoyo social.
  H1: Existe relación entre las variables nivel de burnout, resiliencia y apoyo social.

- **Hipótesis 2:**
  Ho: El grado de burnout no será mayor en aquellos enfermeros con menor resiliencia y apoyo social.
  H1: El grado de burnout será mayor en aquellos enfermeros con menor resiliencia y apoyo social.

- **Hipótesis 3:**
  Ho: El nivel de Burnout no será significativo en la muestra de trabajadores pese a las circunstancias producidas por el estado de alarma.
  H1: El nivel de Burnout será significativo en la muestra de trabajadores pese a las circunstancias producidas por el estado de alarma.

- **Hipótesis 4:**
  Ho: El nivel de Resiliencia no será significativo en la muestra de trabajadores pese a las circunstancias producidas por el estado de alarma.
  H1: El nivel de Resiliencia será significativo en la muestra de trabajadores pese a las circunstancias producidas por el estado de alarma.

- **Hipótesis 5:**

Ho: El nivel de Apoyo social no será significativo en la muestra de trabajadores pese a las circunstancias producidas por el estado de alarma.

H1: El nivel de Apoyo social será significativo en la muestra de trabajadores pese a las circunstancias producidas por el estado de alarma.

- **Hipótesis 6:**

  Ho: Los trabajadores con mayor resiliencia no tendrán niveles más bajos de burnout.

  H1: Los trabajadores con mayor resiliencia tendrán niveles más bajos de burnout.

- **Hipótesis 7:**

  Ho: Los trabajadores con mayor apoyo social no tendrán niveles más bajos de burnout.

  H1: Los trabajadores con mayor apoyo social tendrán niveles más bajos de burnout.

4. Método

El diseño metodológico que he utilizado es de tipo cuasi experimental, ya que carecía de todas las medidas de control experimental absoluto por la falta de aleatorización en la selección de los participantes en el estudio. Escogimos a una población objeto de estudio no clínica, que no ha sido sometida a ningún tipo de muestreo aleatorio, sino que ha sido elegida previamente por los investigadores y analizamos las respuestas que dieron a los cuestionarios que explicaremos en el apartado de instrumentos, por medio de programas estadísticos como el SPSS.

4.1. Descripción de la muestra

La población objeto de estudio está compuesta por 43 enfermeros trabajadores del servicio de urgencias del Hospital General Universitario Santa Lucia de Cartagena. En concreto, la muestra abarca a los distintos enfermeros que trabajaron en esta área durante los meses de marzo y abril de 2020.

Los trabajadores que realizaron el cuestionario tenían de edad media 40.48 años, encontrándose el intervalo de edades entre 24 (mínima) y 60 (máxima), como se podrá comprobar en la tabla 1.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de la variable edad.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	43	24	60	40.48	10.663
N válido (según lista)	40				

De los 40 participantes que integraban la muestra, 30 (75%) fueron mujeres y 10 (25%) varones (tabla 2). Esta disparidad en cuanto a la frecuencia superior de mujeres frente a varones es producto de la mayoría predominante de éstas en la elección del grado de enfermería y, como consecuencia, de la mayor presencia del sector femenino en esta profesión.

Tabla 2

Frecuencias de la variable sexo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 Mujer	30	75	75	75
	2 Varón	10	25	25	100

	Total	40	100	100,0
Perdidos	Sistema	3		
Total		43		

Como factores relevantes de esta muestra destacaría que existe en ellos una media de 16.25 años trabajados en el sector sanitario (con un mínimo de 2 años y un máximo de 35) y una media de 9.735 años de experiencia en el puesto actual (siendo un mínimo de 4 meses y un máximo de 30 años trabajados).

Tabla 3

Estadísticos descriptivos de las variables años trabajados en el sector sanitario y experiencia en el puesto actual.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Años trabajados en el sector sanitario	43	2	35	16.25	9.421
Años de experiencia en el puesto actual	43	.4	30.0	9.735	8.0094
N válido (según lista)	40				

El número total de enfermeros que constituyen el servicio de Urgencias de este hospital es de 66. Éstos se encuentran repartidos en 6 bloques de 11 enfermeros que trabajan turnos de 12 horas y que se distribuyen de la siguiente forma:

- 3 Triage
- 2 Ambulancias
- 4 Encamamientos
- 2 Sillones

Del total de 43 respuestas recogidas, tuvimos que desechar 3 por estar incompletas, no obstante, es una muestra aparentemente representativa del servicio de Urgencias de este hospital. Por lo tanto, se considera población objeto de estudio no clínica, que no ha sido sometida a ningún tipo de muestreo aleatorio, sino que ha sido elegida previamente por los investigadores.

4.2. Procedimiento

Para la realización de este trabajo hemos seguido una serie de fases:

Fase 1

En esta primera fase tuvimos que buscar entre todos los cuestionarios que estaban disponibles aquellos que midieran resiliencia, apoyo social y burnout. Entre todos los posibles escogimos aquellos con menor número de ítems y con las mejores características psicométricas para asegurar la validez y fiabilidad del instrumento.

Los elegidos, que describiremos de forma exhaustiva en el siguiente apartado, fueron:

- Resilience Scale (RS) de Wagnild para medir la resiliencia.
- El Cuestionario MOS de apoyo social para medir el apoyo social.
- La adaptación al español del Maslach Burnout Inventory General Survey para medir el nivel de Burnout de los enfermeros.

Fase 2

Una vez tuvimos los cuestionarios escogidos, los pasamos a un formulario de google, junto con un pequeño cuestionario sociodemográfico, en el que preguntamos datos como la edad, años de experiencia en el sector sanitario o en el puesto actual. Se escogió este sistema para facilitar la respuesta a los trabajadores, pues de esta forma podían rellenar desde sus teléfonos móviles u ordenadores el cuestionario sencilla y rápidamente. Este programa, a su vez, nos ayudó a obtener los datos de los participantes de una forma más ergonómica y efectiva.

Fase 3

En esta tercera fase del estudio tuvimos que recoger los datos aportados por todos los participantes. La información del cuestionario tuvimos que pasarla primero al programa Excel y posteriormente al programa estadístico SPSS.

Una vez que teníamos todos los datos, empezamos un proceso de análisis descriptivo, donde comprobamos que la información aportada por los sujetos estuviera completa, eliminando aquellos que habían omitido su contestación a alguno de los ítems del cuestionario. Para ello, utilizamos el programa estadístico SPSS y realizamos el análisis de frecuencias de cada uno de los ítems que componían el cuestionario.

Dado que solo fueron 3 enfermeros, de los 43 iniciales, los que cometieron esos errores en la omisión de alguna respuesta, decidimos eliminar a estos participantes de las siguientes fases de análisis.

También por medio de los análisis descriptivos sacamos los datos correspondientes a las edades medias, al sexo, años trabajados en el mismo puesto y experiencia en el sector.

Tras esto último realizamos un análisis correlacional entre las distintas variables para, mediante la correlación de Pearson, intentar identificar si existía algún tipo de relación lineal entre ellas.

Fase 4

En esta fase, tras realizar determinados análisis de los datos con el programa SPSS, empezamos a obtener e interpretar los primeros resultados. El programa, a su vez, nos permitirá crear distintas gráficas que nos ayudarán a explicar de una forma más visual y descriptiva los valores obtenidos.

4.3. Instrumento

Hoja de datos sociodemográficos

Confeccionada ad-hoc para esta investigación. En ella cada participante reflejaba los siguientes datos: Edad, sexo (varón-mujer), edad, años trabajados en el sector sanitario y años de experiencia en el puesto actual.

Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS)

A partir de la publicación del Maslach Burnout Inventory en 1981 por Maslach y Jackson, se establecen los criterios para la evaluación del síndrome de Burnout. Tras distintas revisiones de las definiciones se llegó a la conclusión de que se debería definir como *un tipo de respuesta al estrés crónico que tiene tres dimensiones:*

a. *Agotamiento emocional y/o físico*
b. *Elevada despersonalización*
c. *Baja productividad laboral*

Esto se asemeja enormemente a la definición que proporcionaron Maslach y Jackson en 1981 como consecuencia de la factorización del MBI, lo que contribuyó a que se extendiera su aceptación. Este síndrome, por tanto, ha sido definido desde múltiples estimaciones psicométricas y no tanto a través del análisis teórico del problema como otros constructos.

Este cuestionario se construyó principalmente para medir el síndrome en educadores y profesionales del sector servicios (como enfermeros o asistentes) y, poco a poco, fue extendiendo su uso hasta convertirse en el instrumento de medida estandarizado para la evaluación del burnout más utilizado, lo que facilitó que la definición del burnout implícita en el MBI sea la más aceptada en la literatura científica (Bresó, Nogareda, Salanova y Schaufeli, 2004).

No obstante, gran variedad de autores como Schaufeli proponen que este síndrome puede llegar afectar a personas que no trabajan en el sector asistencial y, en consecuencia, se han ido diseñando instrumentos específicos para la medida del burnout en función del tipo de labor que se realiza, como podremos ver en la tabla 4.

De hecho, se ha construido un instrumento de medida general para medir el síndrome en todo tipo de trabajos independientemente de las labores que en ellos se desempeñen, el **Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS)**. Este fue publicado en 1996 por Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson y, la versión española y adaptada de este instrumento, que utilizaremos en nuestro estudio, fue realizada por Salanova, Schaufeli, Llorens, Grau y Peiró y fue publicada en el año 2000 en la Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones (Breso et al., 2004). El número de investigaciones sobre esta área y su rango de aplicación fue tan elevado que incluso llevó a la creación en 2002 de un instrumento para la evaluación del burnout académico en estudiantes universitarios.

Tabla 4

Evolución del concepto de burnout y sus instrumentos de medida

Año	Instrumento	Autores	Muestra	Dimensiones
1981	MBI-Human Services	Maslach y Jackson	Profesionales de ayuda y servicios	Despersonalización Agotamiento emocional Baja realización personal
1996	MBI-General Survey	Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson	Cualquier profesional	Cinismo Agotamiento Ineficacia profesional
2002	MBI-Student Survey	Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker	Estudiantes universitarios	Cinismo Agotamiento Ineficacia

Equipos como el WoNT de la Universitat Jaume I de Castellón han adaptado el MBI-GS a distintos grupos ocupacionales y han hecho accesibles, a través de su plataforma electrónica, cuestionarios validados empíricamente para evaluar el burnout de modo genérico y otros más específicos para grupos ocupacionales como los del sector sanitario, los teletrabajadores o los estudiantes.

Centrándonos más en la versión adaptada al castellano del MBI-GS, podemos comprobar como este cuestionario está constituido por 15 ítems que deberán ser respondidos por los empleados utilizando una escala de frecuencia tipo Likert que irá de “0” (Nunca/Ninguna vez) a “6” (Siempre/Todos los días) como podemos ver a continuación.

MBI-GS

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma: 0. Nunca/Ninguna vez 1. Casi Nunca/Pocas veces al año 2. Algunas veces/Una vez al mes o menos 3. Regularmente/Pocas veces al mes 4. Bastantes veces/Una vez por semana 5. Casi siempre/Pocas veces a la semana 6. Siempre/Todos los días	
Estoy emocionalmente agotado por mi trabajo (A)	
Estoy "consumido" al final de un día de trabajo (A)	
Estoy cansado cuando me levanto por la mañana y tengo que afrontar otro día en mi puesto de trabajo (A)	
Trabajar todo el día es una tensión para mi (A)	
Puedo resolver de manera eficaz los problemas que surgen en mi trabajo (E)	
Estoy "quemado" por el trabajo (A)	
Contribuyo efectivamente a lo que hace mi organización (E)	
He perdido interés por mi trabajo desde que empecé en este puesto (C)	
He perdido entusiasmo por mi trabajo (C)	
En mi opinión soy bueno en mi puesto (E)	
Me estimula conseguir objetivos en mi trabajo (E)	
He conseguido muchas cosas valiosas en este puesto (E)	
Me he vuelto más cínico respecto a la utilidad de mi trabajo (C)	
Dudo de la trascendencia y valor de mi trabajo (C)	
En mi trabajo, tengo la seguridad de que soy eficaz en la finalización de las cosas (E)	

Tras realizar el análisis factorial se desprende que al igual que el MBI, está compuesto por tres dimensiones:

- Factor I: **Agotamiento.** α= 0.87
- Factor II: **Cinismo**, anteriormente era reconocida como despersonalización. α= 0.85
- Factor III: **Eficacia profesional.** α= 0.78.

Como podemos ver en la publicación de Breso et al. (2004) las pruebas de fiabilidad y consistencia interna de las tres escalas son buenas ya que sus alfa de Cronbach son mayores de 0.70.

En cuanto respecta a corrección, puntuaciones altas en agotamiento y en cinismo junto con bajas puntuaciones en la escala eficacia profesional indicarán la presencia del síndrome de burnout. Como podremos ver en la tabla 5, aquellos valores comprendidos en los intervalos remarcados en rojo señalarán cierto riesgo de padecer burnout, mientras que aquellos señalados en verde serán considerados como factores amortiguadores (Breso et al., 2004).

Tabla 5

Datos normativos para la corrección de las puntuaciones de las escalas de Burnout

	Muy bajo	Bajo	Medio bajo	Medio alto	Alto	Muy alto
Agotamiento	< 0.4	0.5 - 1.2	1.3 - 2	2.1 – 2.8	2.9 – 4.5	> 4.5
Cinismo	< 0.2	0.3 – 0.5	0.6 – 1.24	1.25 – 2.25	2.26 – 4	> 4
Eficacia profesional	< 2.83	2.83 – 3.83	3.84 – 4.5	4.51 – 5.16	5.17 – 5.83	> 5.83

Para obtener los valores de cada una de las tres dimensiones tendremos que sumar las puntuaciones conseguidas en cada uno de los ítems que componen cada escala y dividir esa cantidad por el número de ítems de cada dimensión. Por ejemplo, para calcular la puntuación de la escala eficacia profesional tendremos que sumar las puntuaciones de los ítems de esa escala y esta cantidad la dividiremos entre 6, ya que es el número de ítems que constituyen la dimensión eficacia profesional.

Tabla 6

Forma de calcular la puntuación en cada escala

Escala	Cálculo
Agotamiento	(A)/5
Cinismo	(C)/4
Eficacia profesional	(E)/6

Este instrumento, por tanto, puede ser útil para realizar una evaluación del burnout en los trabajadores de un centro hospitalario y permite la comparación de los resultados obtenidos con una muestra normativa de población española trabajadora, razón junto con la de reunir propie-

dades psicométricas adecuadas, por la que escogimos este test como óptimo para nuestro estudio.

Escala de Resiliencia de 14 ítems de Wagnild (ER-14)

Parece que pueden existir ciertas dificultades para la denominación y medición de la resiliencia, como podemos ver en el artículo de Palomar y Gaxiola (2012), ya que en un primer momento Rutter la definió como aquella capacidad de un cuerpo para ser elástico, fuerte, no deformarse y resistir, lo que traducido al ser humano sería como la capacidad de ser fuerte, crecer y prevalecer pese a las adversidades y otros autores la entienden como un proceso de gestión, negociación y adaptación a fuentes relevantes de estrés por medio de recursos psicosociales internos y determinados elementos del contexto que facilitan esta capacidad de adaptación.
Entre la gran variedad de instrumentos para la evaluación de la resiliencia podemos destacar la *Resilience Scale (RS-25)* creada por Wagnild y Young (1993). El propósito de estos autores, como podemos ver en el artículo de Sánchez-Teruel y Robles-Bello (2015), era identificar el grado de resiliencia individual, entendiendo ésta como una característica de personalidad que favorecería una correcta adaptación ante situaciones complejas. Wagnild realizó una revisión y encontró un coeficiente de alfa de Cronbach que variaba entre el 0.72 y 0.94 y que apoyaba la consistencia interna y la fiabilidad de la escala, a su vez, se validó tanto con población clínica como con población normal de ambos sexos y en todas las edades y se obtuvieron como resultados que parecía correlacionar con la edad pero no con el género. No obstante, de esas revisiones también se dedujeron datos como que parecía presentar estructuras factoriales inestables y confusas según distintos idiomas y poblaciones. Por ello, este mismo autor llevo a cabo nuevas investigaciones para perfeccionar la construcción del instrumento. Obtuvo como consecuencia una escala de 14 ítems tras eliminar 11 porque tenían correlaciones ítem-total menores de 0.40. Esta nueva versión mostró una correlación de 0.97 con la RS-25 y un alfa de Cronbach de 0.93, en una muestra de 690 personas (Damásio, Borsa y da Silva, 2011). Se ha traducido y validado a distintos idiomas y poblaciones, obteniéndose un alfa de Cronbach de 0.82 en población general como podemos ver en la publicación de Damásio, Borsa y da Silva (2011).

Por consiguiente, la Escala de Resiliencia de 14 ítems de Wagnild (2009) mediría el grado de resiliencia individual, considerándose éste como una característica de personalidad positiva. La RS-14 está compuesta por dos factores (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2015):

- Factor I: **Competencia Personal.** Formado por 11 ítems que hacen referencia a características como la autoconfianza, decisión, perseverancia, ingenio e independencia.
- Factor II: **Aceptación de uno mismo y de la vida.** Formado por 3 ítems que hacen referencia a la adaptabilidad, flexibilidad, balance y perspectiva estable de la vida.

La Escala de Resiliencia de 14-Item (ER-14)

Fecha: _____

Por favor, lea las siguientes afirmaciones. A la derecha de cada una se encuentran siete números, que van desde "1" (totalmente en desacuerdo) a la izquierda a "7" (totalmente de acuerdo) a la derecha. Haga un círculo en el número que mejor indique sus sentimientos acerca de esa afirmación. Por ejemplo, si está muy de acuerdo con un enunciado, el círculo de "1". Si no está muy seguro, haga un círculo en el "4", y si está totalmente de acuerdo, haga un circulo en el "7", y puede graduar según esta escala sus percepciones y sentimientos con el resto de números.

Haga un círculo en la respuesta adecuada	Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo		
Normalmente, me las arreglo de una manera u otra	1	2	3	4	5	6	7
Me siento orgulloso de las cosas que he logrado	1	2	3	4	5	6	7
En general, me tomo las cosas con calma	1	2	3	4	5	6	7
Soy una persona con una adecuada autoestima	1	2	3	4	5	6	7
Siento que puedo manejar muchas situaciones a la vez	1	2	3	4	5	6	7
Soy resuelto y decidido *	1	2	3	4	5	6	7
No me asusta sufrir dificultades porque ya las he experimentado en el pasado	1	2	3	4	5	6	7
Soy una persona disciplinada	1	2	3	4	5	6	7
Pongo interés en las cosas	1	2	3	4	5	6	7
Puedo encontrar, generalmente, algo sobre lo que reírme	1	2	3	4	5	6	7
La seguridad en mí mismo me ayuda en los momentos difíciles	1	2	3	4	5	6	7
En una emergencia, soy alguien en quien la gente puede confiar	1	2	3	4	5	6	7
Mi vida tiene sentido	1	2	3	4	5	6	7
Cuando estoy en una situación difícil, por lo general puedo encontrar una salida	1	2	3	4	5	6	7

El autor, además, de comprobar que la escala correlacionaba negativamente con depresión y ansiedad, planteó como sistema de corrección los valores que se presentan en la tabla 7**.** Determinando que aquellos con una puntuación comprendida entre 98-82 tendrán un nivel de resiliencia muy alto, entre 81-64 alto, entre 63-49 normal, 48-31 bajo y entre 34-14 muy bajo grado de resiliencia (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2015).

Tabla 7

Datos normativos para la corrección de la puntuación de la Escala de Resiliencia de 14 ítems

Muy alta	Alta	Normal	Baja	Muy baja
98-82	81-64	63-49	48-31	30-14

Por tanto, hemos escogido este instrumento, porque la escala de resiliencia en su versión abreviada de 14 ítems presenta propiedades psicométricas óptimas para medir el nivel de resiliencia y su adaptación al español también. Manifestando, como podemos ver en la publicación de Sánchez-Teruel y Robles-Bello (2015), una consistencia interna adecuada de α= 0.79 y una validez de criterio también apropiada calculada con otras medidas de resiliencia general (CD-RISC) (r=0,87; p<0,01). Lo que la hace ser una escala recomendada para ser utilizada en investigación.

Cuestionario MOS de Apoyo Social

Existen gran variedad de estudios que demuestran que el apoyo social ejerce un importante impacto en los procesos relacionados con la salud y la enfermedad, llegando a actuar como amortiguador frente al efecto negativo de los eventos vitales estresantes. Debido a la escasez de instrumentos de medida válidos que puedan ser usados en la práctica diaria, el grupo de estudio para analizar diferentes estilos de práctica médica de atención temprana (M.O.S) desarrolló el cuestionario de apoyo social M.O.S. en 1991 (Revilla, Luna, Bailón y Medina, 2005).

<u>Cuestionario MOS de apoyo social</u>

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda que Vd. Dispone:

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Vd.? (* Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre).

Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos: ___ ___

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia Vd. Dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

CUESTIONES: ¿Cuenta con ALGUIEN?	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
Que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
Con quien pueda contar cuando necesite hablar	1	2	3	4	5
Que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
Que le lleve al médico cuando lo necesite	1	2	3	4	5

Que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
Con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
Que le informe y ayude a entender la situación	1	2	3	4	5
En quien confiar o con quién hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
Que le abrace	1	2	3	4	5
Con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
Que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
Cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
Con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
Que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
Con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
Que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
Con quién divertirse	1	2	3	4	5
Que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
A quien amar y hacerle sentir querido	1	2	3	4	5

En el estudio sobre la validación del cuestionario elaborado por Revilla, Luna, Bailón y Medina (2005) se realizó un análisis factorial confirmatorio para asegurar la estructura factorial obtenida y este reveló la presencia de 3 factores que llegan a explicar el 68.72% de la varianza global, señalando con ello tres componentes del apoyo social medido:

- Factor I: **Apoyo emocional/informacional.** Está constituido por los ítems 3, 4, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 17 y 19. Estos ítems hacen referencia a expresión de afecto, comprensión empática, guía, oferta de consejo, interacción social positiva e información.
- Factor II: **Apoyo afectivo**. Está formado por las preguntas 6, 7, 10, 18 y 20. Mide el apoyo afectivo, por ejemplo, que exista alguien que les de cariño, que les muestre amor y afecto o con quien puedan pasar un buen rato.
- Factor III: **Apoyo instrumental.** Está constituido por los ítems 2, 5, 12 y 15. Miden el apoyo instrumental, entendido como que exista alguien que pueda proporcionarle ayuda material o tangible, por ejemplo, que haya alguien que los cuide cuando estén enfermos o que los lleve al médico.

Es, por tanto, un cuestionario breve y multidimensional del apoyo social que permite estudiar tanto los aspectos cualitativos (dimensiones del apoyo social) como los aspectos cuantitativos (red social). Según la publicación de Revilla, Luna, Bailón y Medina (2005) definiría tres componentes del apoyo social, el apoyo emocional/informacional, el instrumental y el afectivo, ambos con un coeficiente alfa de Cronbach suficientemente elevado para considerar que la escala tiene buena consistencia interna. Además proponen unos datos normativos para la corrección de la puntuación que podremos ver en la tabla 8

Tabla 8

Datos normativos para la corrección de la puntuación de Cuestionario MOS de apoyo social

	Máximo	Medio	Mínimo
Índice global de apoyo social (Todas las respuestas)	94	57	19
Apoyo emocional (Respuestas ítem 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17, 19)	40	24	8
Ayuda material (Respuestas ítem 2, 5, 12, 15)	20	12	4
Relaciones sociales de ocio y distracción (Respuestas 7, 11, 14 ,18)	20	12	4
Apoyo afectivo (Respuestas ítem 6,10,20)	15	9	3

Por todo lo expuesto, decidimos emplear el cuestionario MOS en nuestro estudio ya que es un instrumento válido y fiable que nos proporciona una visión multidimensional del apoyo social.

5. Resultados

Tras realizar los análisis pertinentes a las respuestas de los enfermeros al cuestionario obtuvimos los siguientes resultados**,** figura 2. Para que resulte más sencilla la comprensión de los mismos, hemos descompuesto las puntuaciones de los trabajadores en cada una de las escalas. Y una vez, realizado esto, los hemos analizado de forma conjunta.

Participante	Edad	Sexo	ños en el secto	Experiencia puesto	Resiliencia	poyo social.	gotamientc	Cinismo	cia profesi
1	57	2	35	2	95	95	0	1,5	6
2	48	1	27	20	92	92	4	2,5	5,5
3	36	2	16	2	81	84	4,2	4,5	2,83
4	53	2	27	20	93	94	2	0,75	5,33
5	60	2	35	5	89	88	1,6	0	5,66
6	37	2	8	4	72	88	2	1,25	3,66
7	25	1	3	3	81	95	3,6	2,5	4,83
8	26	1	5	3	77	90	3,2	3	5,16
9	24	1	2	0,1	78	89	1,4	0	5,5
10	26	1	3	3	82	88	4,4	3	5,5
11	27	2	4	2	73	73	3,2	1	5,16
12	32	1	15	7	76	95	2	0,5	4,5
13	39	1	15	13	84	91	1,6	1	6
14	53	1	20	20	71	81	5,2	3,75	5
15	37	1	10	10	67	95	0,4	1,5	3,66
16	26	1	4	4	64	71	4,8	3	4,5
17	26	1	5	5	66	95	3,6	1	4,5
18	57	2	30	28	86	95	4	1	5,33
19	40	1	14	0,4	92	95	0	0	6
20	36	1	15	10	93	80	1,2	0,25	6
21	37	1	13	5	71	94	2,4	3	5,16
22	49	1	18	10	87	94	1,4	0,5	5,83
23	33	2	10	10	96	95	0,2	0	4
24	42	1	18	11	97	95	0,8	0,25	6
25	49	1	28	21	66	72	5,4	0,5	4,5
26	49	1	27	2,5	80	94	3,8	2	4,5
27	45	1	20	15	85	95	2,4	0	4,66
28	53	2	27	20	93	94	2	0,75	5,33
29	51	1	25	22	74	46	1	0,5	4,66
30	45	2	17	15	98	95	3,4	0,75	6
31	41	1	20	17	85	76	3,6	2,75	5,33
32	31	1	8	2	81	83	1,4	0	5,66
33	30	1	10	8	81	79	3,2	1,5	4,5
34	44	1	14	3	73	75	5,6	3,25	5,16
35	53	1	30	30	71	73	1,4	3	5
36	30	1	10	7	76	90	4	1,25	5
37	48	1	20	16,5	97	49	1,2	0,25	6
38	45	1	24	5	85	85	2,8	1,5	4,66
39	27	1	4	2	86	76	2,2	1,25	5,83
40	52	1	14	5	89	94	5	1,5	5

Figura 2. Resumen de los datos obtenidos tras la administración del cuestionario a los participantes del estudio.

<u>Resiliencia</u>

Los valores en esta escala serán considerados, como podemos ver en la tabla 7 de datos normativos, como muy bajos si están comprendidos entre 30 y 14, bajos si están entre 48 y 31,

normales si están entre 63 y 49, altos si están entre 81 y 64 y muy altos si están entre 98 y 82. En la tabla 9 mostraremos las puntuaciones de cada uno de los trabajadores de nuestro estudio y aparecerán remarcados los valores más significativos en intensidades crecientes conforme aumentan su relevancia.

Tabla 9

Resultados obtenidos en la Escala de Resiliencia de 14-Item (ER-14)

Enfer.	Puntuaciones						
1	95	11	73	21	71	31	85
2	92	12	76	22	87	32	81
3	81	13	84	23	96	33	81
4	93	14	71	24	97	34	73
5	89	15	67	25	66	35	71
6	72	16	64	26	80	36	76
7	81	17	66	27	85	37	97
8	77	18	86	28	93	38	85
9	78	19	92	29	74	39	86
10	82	20	93	30	98	40	89

Total enfermeros con puntuaciones "**Muy altas**"	20
Total enfermeros con puntuaciones "**Altas**"	20
Promedio Puntuaciones	80.075

Como podemos comprobar en la tabla **9**, hemos obtenido que todos los trabajadores tienen una gran resiliencia siendo la media del grupo de 80.075, contemplando 20 puntuaciones (50% de la muestra) indicadoras de valores **muy altos** en resiliencia, ya que tienen puntuaciones comprendidas entre 98 y 82 (valores remarcados en rojo de mayor intensidad) y, obteniendo otras 20 puntuaciones (50%) que harían referencia, según los profesionales que adaptaron la escala, a valores **altos** en resiliencia, ya que alcanzan puntuaciones comprendidas dentro del intervalo 81-64 (valores remarcados en tono más suave).

Apoyo social

Los valores en esta escala serán considerados, como podemos ver en la anterior tabla número 8 de datos normativos, como por debajo de la media si en la subescala de *apoyo emocional* obtienen puntuaciones inferiores a 24, en la subescala de *apoyo afectivo si* obtienen puntua-

ciones inferiores a 9, en la subescala de *relaciones sociales de ocio y distracción* inferiores a 12, en la subescala de *apoyo material/instrumental si* obtienen puntuaciones inferiores a 12, e inferiores a 57 en el índice global de apoyo social. En la tabla número 10 mostraremos las puntuaciones de cada uno de los trabajadores de nuestro estudio y aparecerán remarcados los valores más significativos en intensidades crecientes conforme aumentan su relevancia, señalándose especialmente aquellos que son más bajos que el promedio.

Tabla 10

Resultados obtenidos en el Cuestionario M.O.S. de apoyo social

Sj.	Apoyo emocional	Relaciones sociales de ocio y distracción	Apoyo afectivo	Apoyo instrumental	Índice global de apoyo social	Red social
1	40	20	15	20	95	15
2	39	20	14	19	92	15
3	30	19	15	19	84	5
4	39	20	15	20	94	15
5	35	18	15	19	88	40
6	35	18	15	19	88	32
7	40	20	15	20	95	11
8	39	19	14	19	90	10
9	36	18	15	19	89	7
10	37	19	15	20	88	7
11	30	15	11	14	73	8
12	40	20	15	20	95	30
13	37	20	15	19	91	4
14	33	16	13	16	81	15
15	40	20	15	20	95	7
16	35	14	14	17	71	6
17	40	20	15	20	95	9
18	40	20	15	20	95	8
19	40	20	15	20	95	20
20	40	16	11	17	80	10
21	40	20	15	20	94	10
22	40	19	15	20	94	10
23	40	20	15	20	95	9

24	40	20	15	20	95	4
25	30	14	13	16	72	6
26	40	19	15	20	94	6
27	40	20	15	20	95	15
28	39	20	15	20	94	15
29	18	8	6	8	46	5
30	40	20	15	20	95	5
31	32	16	12	16	76	5
32	33	19	15	19	83	10
33	34	16	13	16	79	6
34	30	17	12	17	75	6
35	30	16	12	16	73	6
36	39	20	14	20	90	7
37	17	9	8	8	49	5
38	35	19	14	18	85	4
39	31	16	12	16	76	13
40	40	19	15	20	94	6
Media	35.825	17.975	13.825	18.175	85.7	10.675

Como podemos comprobar en la tabla 10, hemos obtenido que los trabajadores tienen una percepción de apoyo social bastante **buena**, estando ésta por encima de la media en la mayoría de los casos, 95% de los integrantes de la muestra. Únicamente podemos destacar un 5% de enfermeros cuyas puntuaciones en las distintas subescalas son inferiores al promedio.

Si analizamos los promedios obtenidos en cada una de las dimensiones del cuestionario, que podremos ver en la figura 3**,** contemplamos como el valor obtenido en el índice global de apoyo social es de 85.7, siendo un valor muy superior al 57 que se establece en los estudios e indi-

cando que en general la percepción de apoyo social es elevada.

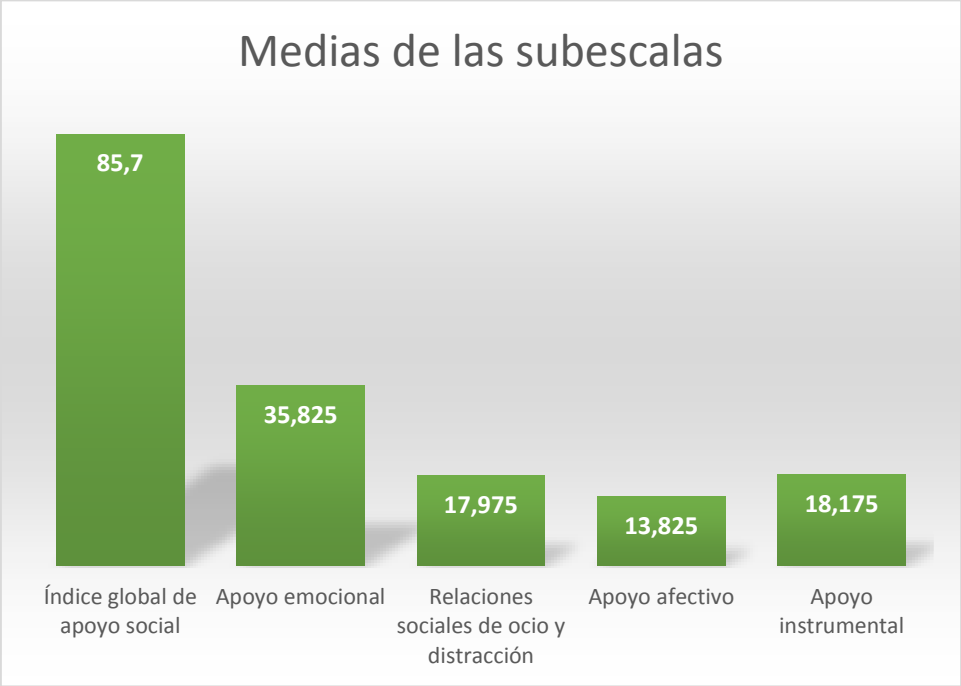

Figura 3. Representación de los promedios de las puntuaciones de cada dimensión del Cuestionario M.O.S. de apoyo social.

Si nos fijamos de una forma más exhaustiva, podremos comprobar como la dimensión de apoyo emocional es la de mayor media, lo que puede reflejar que los participantes del estudio, perciben un mayor apoyo de este tipo. Y por tanto, habrán puntuado más alto en ítems como el 3 o el 4, como podemos ver en las figuras 4 y 5, respectivamente.

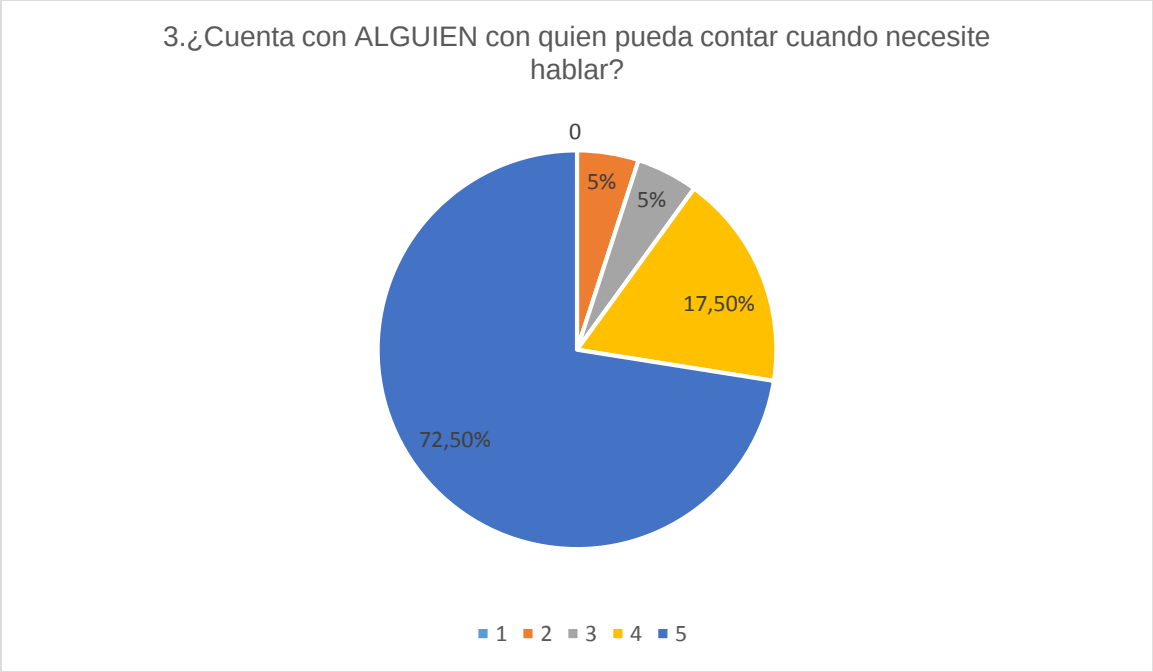

Figura 4. Representación gráfica de los porcentajes de cada una de las respuestas del ítem 3.

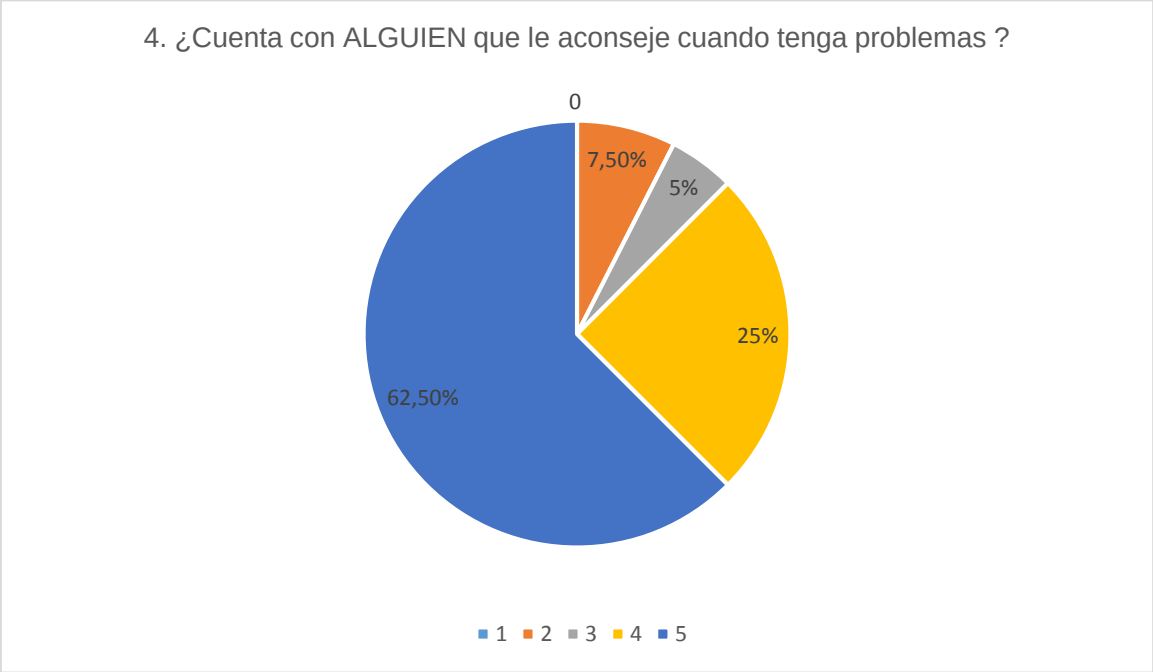

Figura 5. Representación gráfica de los porcentajes de cada una de las respuestas del ítem 4.

Este valor estará seguido por el obtenido en apoyo instrumental que, a su vez, será seguido por el de relaciones sociales de ocio y distracción y, por último, por la dimensión de apoyo afectivo. Lo que significará que los participantes habrán dado puntuaciones mayores a ítems referentes a estas primeras dimensiones como por ejemplo el ítem 12 (figura 6), 11 (figura 7) y menores puntuaciones a ítems como el 6 (figura 8), el 10 o el 20 que hacen referencia al apoyo afectivo.

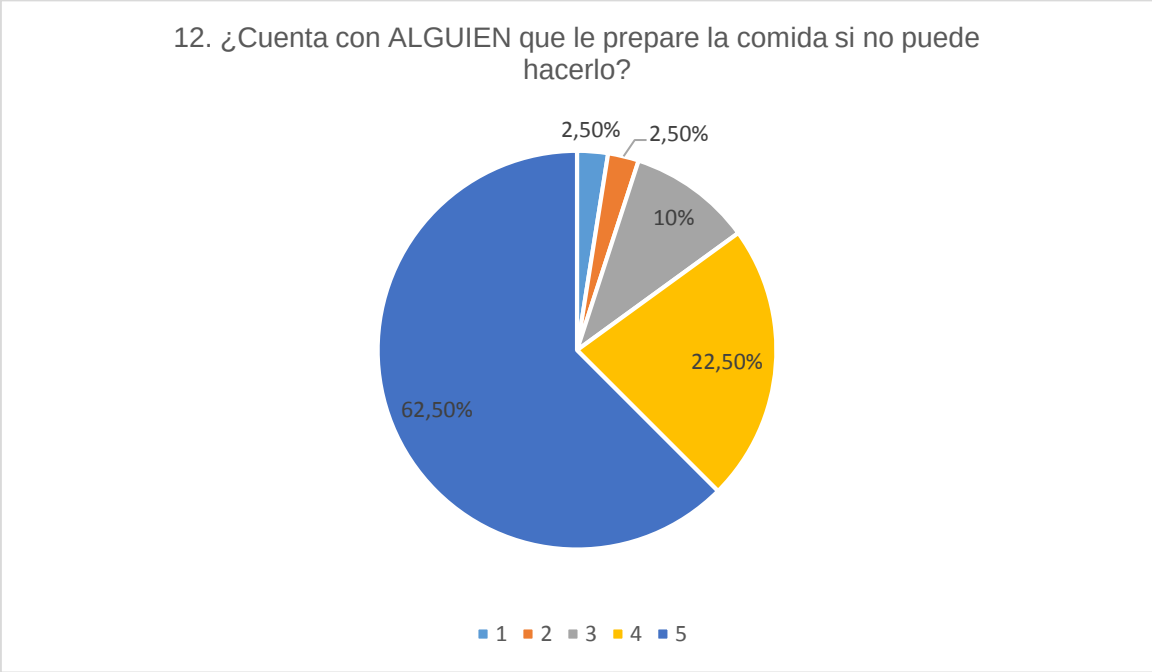

Figura 6. Representación gráfica de los porcentajes de cada una de las respuestas del ítem 12, apoyo instrumental.

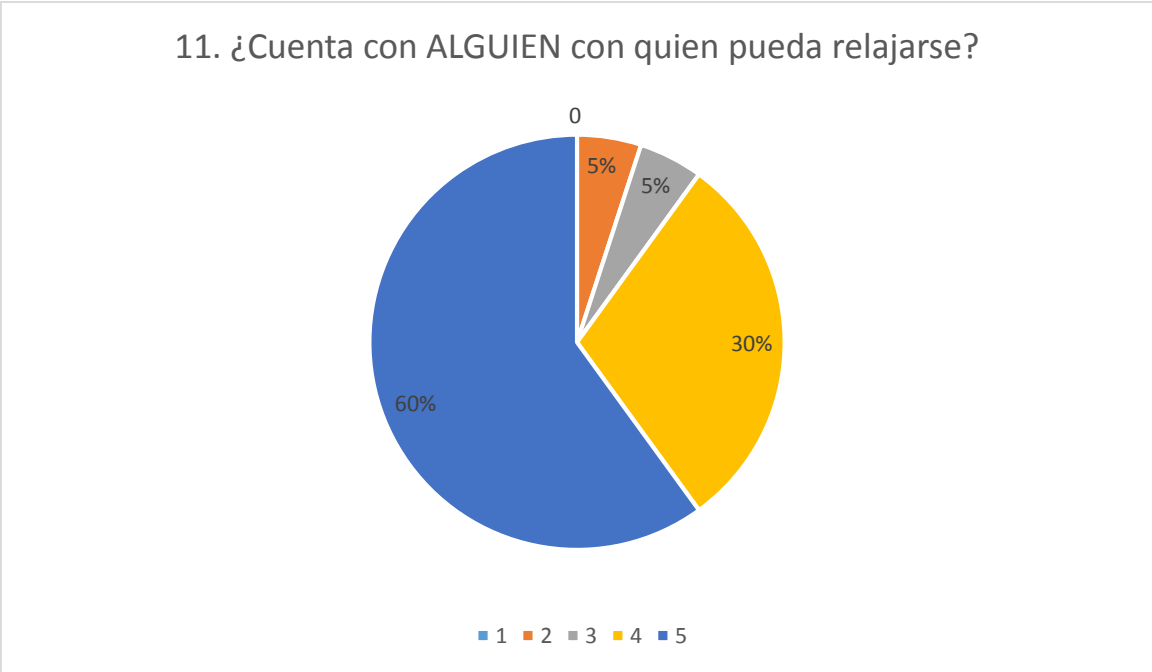

Figura 7. Representación gráfica de los porcentajes de cada una de las respuestas del ítem 11, relaciones sociales de ocio y distracción

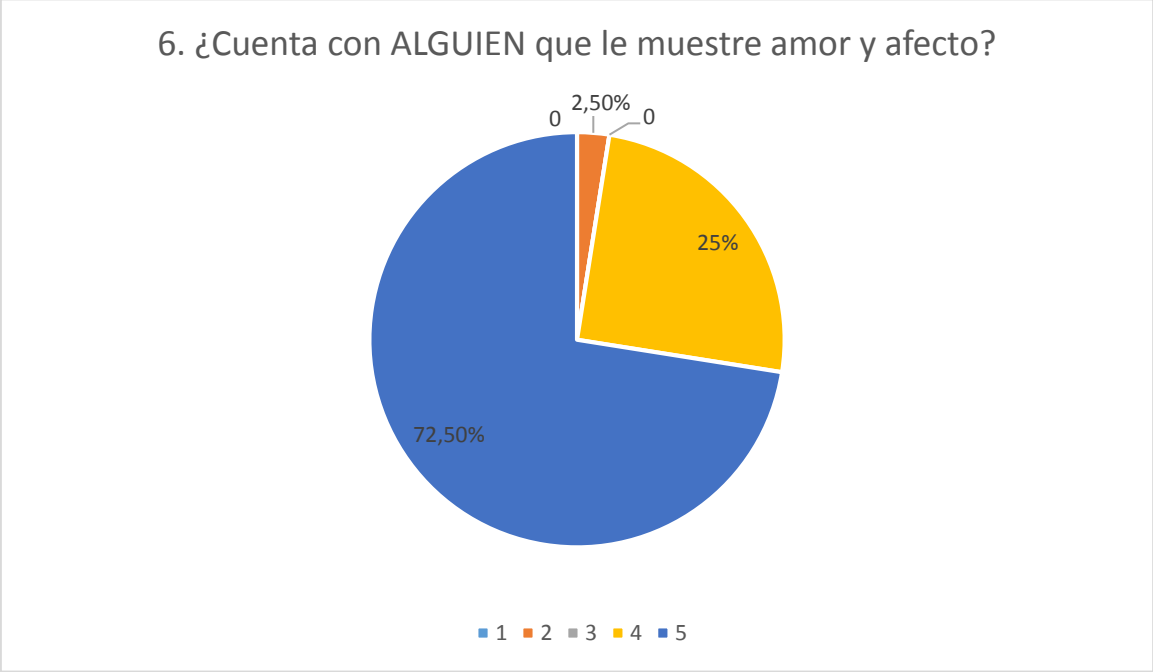

Figura 8. Representación gráfica de los porcentajes de cada una de las respuestas del ítem 6, apoyo afectivo.

Otro aspecto significativo es que el cuestionario M.O.S. nos permite obtener una medida de la amplitud de la red social y nuestros participantes tienen redes cuyo promedio de amplitud es de 10.675. Lo que significaría que, en general, tendrían esa cantidad de amigos íntimos o familiares cercanos con los que se encuentran a gusto y pueden hablar de todo lo que se les ocurre.

Burnout

En este cuestionario para determinar si una persona padece burnout tendremos que fijarnos en que se cumplan tres condiciones:

- **Alto** nivel de **agotamiento**. Para ello se requerirán puntuaciones en esta dimensión superiores a 2.9 o superiores a 4.5 para ser considerado muy alto.
- **Alto** nivel de **cinismo**. Para ello se requerirán puntuaciones en esta dimensión superiores a 2.26 o superiores a 4 para ser considerado muy alto.
- **Bajo** nivel de **eficacia profesional**. Para ello se requerirán puntuaciones en esta dimensión menores de 3.83 o inferiores a 2.83 para ser considerado muy bajo.

Como podemos ver en la tabla 11 donde se exponen los resultados al cuestionario, muy pocos participantes, solo un 2.5% de ellos, reúnen las tres condiciones si nos ceñimos a los valores exactos. Este valor asciende a un 5% si consideramos los valores medios bajos en la dimensión eficacia profesional. Por lo que son unos resultados generales bastante alentadores.

Tabla 11

Resultados obtenidos en la versión adaptada del Maslach Burnout Inventory-General Survey

Enfermero	Agotamiento	Cinismo	Eficacia profesional
1	0	1,5	6
2	4	2,5	5,5
3	4,2	4,5	2,83
4	2	0,75	5,33
5	1,6	0	5,66
6	2	1,25	3,66
7	3,6	2,5	4,83
8	3,2	3	5,16
9	1,4	0	5,5
10	4,4	3	5,5
11	3,2	1	5,16
12	2	0,5	4,5
13	1,6	1	6
14	5,2	3,75	5
15	0,4	1,5	3,66
16	4,8	3	4,5
17	3,6	1	4,5
18	4	1	5,33
19	0	0	6
20	1,2	0,25	6
21	2,4	3	5,16
22	1,4	0,5	5,83
23	0,2	0	4
24	0,8	0,25	6
25	5,4	0,5	4,5
26	3,8	2	4,5
27	2,4	0	4,66
28	2	0,75	5,33
29	1	0,5	4,66
30	3,4	0,75	6

31	3,6	2,75	5,33
32	1,4	0	5,66
33	3,2	1,5	4,5
34	5,6	3,25	5,16
35	1,4	3	5
36	4	1,25	5
37	1,2	0,25	6
38	2,8	1,5	4,66
39	2,2	1,25	5,83
40	5	1,5	5
Promedios	2.64	1.4125	5.0875

Por un lado, si nos fijamos en los promedios obtenidos, 2.64 en agotamiento, 1.4125 en cinismo y 5.0875 en eficacia, podemos contemplar cómo tanto el nivel de agotamiento, como el de cinismo como el de eficacia profesional entrarían dentro del intervalo considerado como medio alto por los profesionales que adaptaron los datos normativos para la corrección del instrumento, como podemos ver en el apartado de instrumento en la tabla 5.

Por otro lado, si realizamos un análisis más sistemático de las distintas dimensiones obtenemos que si nos fijamos en la variable **agotamiento**, un 45% de los trabajadores tiene puntuaciones elevadas. Siendo un 32.5% los que obtuvieron valores altos y un 12.5% los que mostraron valores muy altos en este factor.

Si nos fijamos en el factor **cinismo** encontramos que un 27.5% de las puntuaciones obtenidas son elevadas. Correspondiendo a valores altos un 25% y a valores muy altos un 2.5%.

Y por último, si observamos el factor **eficacia personal** encontramos que solamente un 7.5% de la muestra obtiene puntuaciones que revelan una percepción de eficacia mínima. Correspondiendo a puntuaciones muy bajas un 2.5% y a bajas un 5%. De estos datos se desprende que la mayoría de los participantes del estudio tienen una percepción positiva de su eficacia personal y, por consiguiente, habrán respondido a los ítems de esta dimensión, como el 12, con valores tendentes a afirmarla.

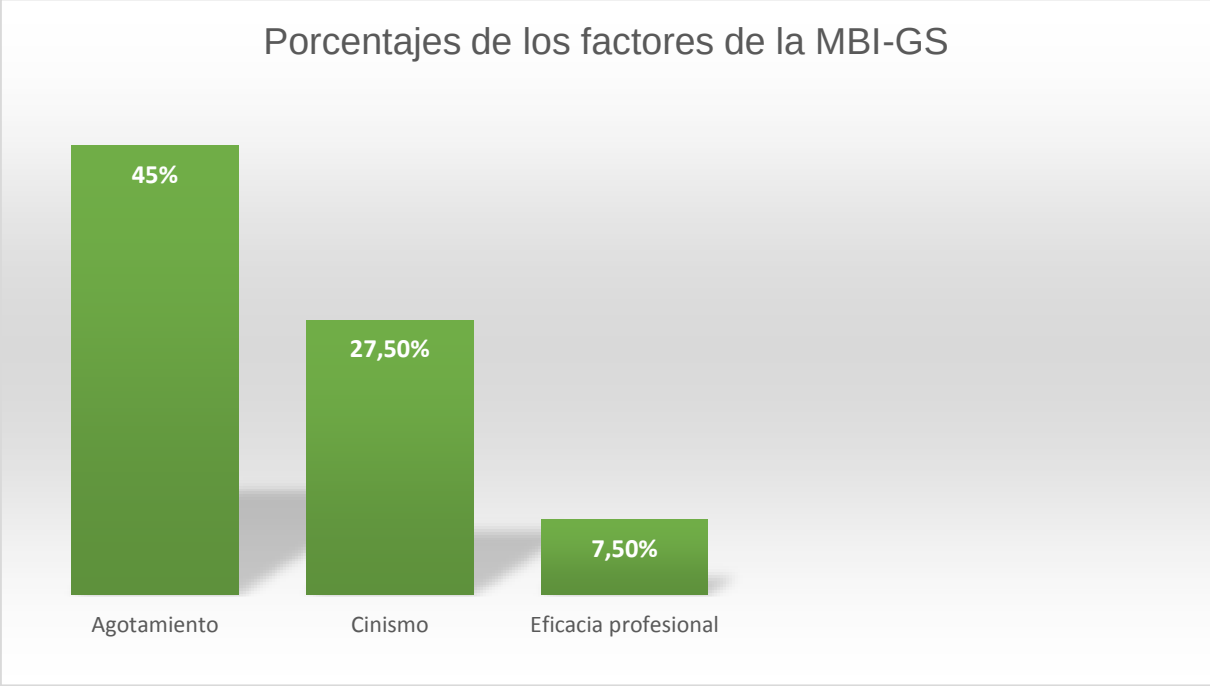

Figura 9. Representación de los porcentajes elevados en agotamiento y cinismo y bajos en eficacia profesional de la MBI-GS.

Entre aquellos trabajadores que podrían padecer burnout por cumplir los requisitos previamente explicados, hemos encontrado que, además, tienen puntuaciones elevadas tanto en apoyo social como en resiliencia, lo que podría actuar como factor protector para el desarrollo del síndrome.

Por consiguiente, de las respuestas de los participantes al cuestionario se desprende que:

- La mayoría tienen unos niveles de resiliencia elevada
- La mayoría perciben, a su vez, un apoyo social suficiente, siendo el apoyo emocional el más significativo.
- Solo una minoría (5%) reúne las condiciones para realizarles el diagnóstico del síndrome de estar quemado.

Por último, como resultado del análisis de las correlaciones entre las distintas variables, que en ningún caso establecerán explicaciones causales, figuras 10, 11 y 12 (anexo), hemos obtenido los siguientes datos:

- Se produce una correlación negativa significativa (al nivel .05) de -.398 entre resiliencia y agotamiento. A medida que aumenten las puntuaciones en resiliencia disminuirán las de agotamiento y viceversa.
- Se produce, igualmente, una correlación negativa significativa (al nivel .01) de -.403 entre resiliencia y cinismo. Y por consiguiente, a medida que aumenten las puntuaciones en resiliencia disminuirán las de cinismo y viceversa.

- Se obtiene una correlación positiva significativa (al nivel .01) de .542 entre resiliencia y eficacia. Por tanto, cuando aumenten las puntuaciones en eficacia profesional aumentarán en resiliencia y viceversa. Cuando disminuyan las puntuaciones en una también lo harán en la otra.
- Se produce una correlación positiva significativa (al nivel .01) de .591 entre agotamiento y cinismo. Lo que significará que a medida que aumente o disminuya una de ellas lo hará en el mismo sentido la otra.
- Se produce una correlación negativa significativa (al nivel .05) de -.344 entre cinismo y eficacia profesional. Lo que significará que a medida que aumente o disminuya la puntuación en una de ellas lo hará en sentido contrario la otra.
- Con respecto a la variable años de experiencia trabajados en el sector, parece existir una única correlación positiva significativa (al nivel .05) entre ella y la resiliencia, siendo esta de .333.
- Existe una correlación lineal positiva de .233 entre resiliencia y apoyo social pero esta no es significativa.
- Con respecto al apoyo social no parece darse ninguna correlación lineal significativa con las demás variables estudiadas.
- Se produce una correlación lineal positiva significativa (al nivel .05) de .346 entre resiliencia y edad.
- Se obtiene una correlación lineal positiva significativa (al nivel .05) de .332 entre resiliencia y sexo femenino.

Correlaciones

		Resiliencia	Apoyo social. IG	Agotamiento	Cinismo	Eficacia profesional
Resiliencia	Correlación de Pearson	1	,233	-,398*	-,403**	,542**
	Sig. (bilateral)		,148	,011	,010	,000
	N	40	40	40	40	40
Apoyo social. IG	Correlación de Pearson	,233	1	-,073	-,069	,001
	Sig. (bilateral)	,148		,653	,672	,997
	N	40	40	40	40	40
Agotamiento	Correlación de Pearson	-,398*	-,073	1	,591**	-,253
	Sig. (bilateral)	,011	,653		,000	,115
	N	40	40	40	40	40
Cinismo	Correlación de Pearson	-,403**	-,069	,591**	1	-,344*
	Sig. (bilateral)	,010	,672	,000		,029
	N	40	40	40	40	40
Eficacia profesional	Correlación de Pearson	,542**	,001	-,253	-,344*	1
	Sig. (bilateral)	,000	,997	,115	,029	
	N	40	40	40	40	40

*. La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).
**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Figura 10. Resultado obtenido del programa SPSS del análisis correlacional entre las variables resiliencia, apoyo social, agotamiento, cinismo y eficacia profesional.

Correlaciones

		Edad	Sexo	Resiliencia	Apoyo social. IG	Agotamiento	Cinismo	Eficacia profesional
Edad	Correlación de Pearson	1	,292	,346*	-,039	-,068	-,105	,201
	Sig. (bilateral)		,068	,029	,813	,678	,520	,215
	N	40	40	40	40	40	40	40
Sexo	Correlación de Pearson	,292	1	,332*	,215	-,142	-,127	-,122
	Sig. (bilateral)	,068		,036	,182	,382	,435	,452
	N	40	40	40	40	40	40	40
Resiliencia	Correlación de Pearson	,346*	,332*	1	,233	-,398*	-,403**	,542**
	Sig. (bilateral)	,029	,036		,148	,011	,010	,000
	N	40	40	40	40	40	40	40
Apoyo social. IG	Correlación de Pearson	-,039	,215	,233	1	-,073	-,069	,001
	Sig. (bilateral)	,813	,182	,148		,653	,672	,997
	N	40	40	40	40	40	40	40
Agotamiento	Correlación de Pearson	-,068	-,142	-,398*	-,073	1	,591**	-,253
	Sig. (bilateral)	,678	,382	,011	,653		,000	,115
	N	40	40	40	40	40	40	40
Cinismo	Correlación de Pearson	-,105	-,127	-,403**	-,069	,591**	1	-,344*
	Sig. (bilateral)	,520	,435	,010	,672	,000		,029
	N	40	40	40	40	40	40	40
Eficacia profesional	Correlación de Pearson	,201	-,122	,542**	,001	-,253	-,344*	1
	Sig. (bilateral)	,215	,452	,000	,997	,115	,029	
	N	40	40	40	40	40	40	40

*. La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).
**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Figura 11 Resultado SPSS del análisis correlacional entre las variables resiliencia, apoyo social, agotamiento, cinismo, eficacia profesional, edad y sexo.

6. Discusión

El análisis de la información recogida nos indica en cuanto al **síndrome de estar quemado**, que solo el 2.5% de los participantes, 5% si consideramos los valores medios bajos en la dimensión eficacia profesional reúnen las 3 condiciones indispensables para realizar el diagnóstico del síndrome de Burnout, siendo éstas tener un alto nivel de agotamiento y cinismo y un bajo nivel de eficacia profesional. Por lo que nuestros resultados son bastante alentadores, en contraposición con otros encontrados por autores como Albendín et al. (2016) quienes han indicado que más del 50% de los enfermeros de urgencias encuestados en las investigaciones que han revisado se encuentran en alto riesgo de desarrollar el síndrome o de padecer una de las fases de mayor gravedad del burnout. En general, como también han puesto de manifiesto distintos autores como Cañadas-de la fuente et al. (2014) la prevalencia del síndrome de estar quemado en los profesionales de enfermería suele ser elevada, dato que no hemos encontrado en nuestra investigación quizás por las elevadas puntuaciones en los otros dos cuestionarios que evaluaban la resiliencia y el apoyo social percibido por los participantes y, que como hemos comentado durante el marco teórico, pueden actuar como factores protectores ante el burnout.

En cuanto a las dimensiones, autores como Albendín et al. (2016) estiman prevalencias próximas al 38 y 28% a niveles medios y altos de la dimensión **agotamiento emocional**, lo que se vería fielmente representado en nuestro estudio pues un 45% de los trabajadores tiene puntuaciones elevadas en ella siendo un 32.5% los que obtuvieron valores altos y un 12.5% los que mostraron valores muy altos en este factor.

Estiman, también, prevalencias cercanas al 38 y 33% en los niveles medios altos de la dimensión **despersonalización,** lo que a su vez también se ve reflejado en las puntuaciones elevadas (27.5%) en el factor cinismo, correspondiendo a valores altos un 25% y a valores muy altos un 2.5%.

Por tanto, aunque sean porcentajes distintos los que hemos obtenido, éstos muestran la tendencia general que se manifiesta en las dimensiones en los demás estudios en enfermeros, siendo mayores los niveles de agotamiento emocional y estando seguidos de los de cinismo con unos niveles más intermedios.

En la dimensión realización personal no existe consenso sobre el nivel más prevalente en la literatura revisada. En nuestro caso, los participantes tenían unos niveles de **eficacia personal** bastante elevados, encontramos que solamente un 7.5% de la muestra obtiene puntuaciones que revelan una percepción de eficacia mínima, correspondiendo a puntuaciones muy bajas un 2.5% y a bajas un 5%. De estos datos se desprende que la mayoría de los participantes del estudio tienen una percepción positiva de su eficacia personal, lo que hace que no se puedan cumplir las condiciones necesarias para el diagnóstico del síndrome.

Por tanto, aunque la mayoría de nuestros participantes no reúnen las especificaciones para el diagnóstico, hay que destacar que un 45% de los trabajadores tiene puntuaciones elevadas en

la dimensión agotamiento emocional y presentaran cansancio tanto físico como psicológico, manifestando sensaciones como la de *no poder dar más de sí mismos a los demás.* Y, a su vez, un 27.5% tendrán puntuaciones elevadas en la dimensión despersonalización y, por consiguiente, han ido desarrollando actitudes, sentimientos y respuestas distantes, negativas o frías hacia los demás, especialmente a los pacientes a los que atienden. Una posible explicación a estos datos y dada la alta puntuación de la mayoría de los participantes en la dimensión de realización personal sería que es posible que el Hospital reuniera previamente al desarrollo del estudio las condiciones laborales pertinentes para que sus trabajadores se sientan realizados y satisfechos con sus puestos, no obstante, dado el sobreesfuerzo que han debido realizar durante estos meses en los que hemos sido afectados por el Covid-19 y todas las circunstancias sanitarias que conlleva esta pandemia, donde las funciones que debían realizar en su trabajo se han triplicado, han sido modificados los horarios previamente establecidos añadiéndoles más horas de trabajo e incluso han tenido que tomar ciertas decisiones trascendentales, en definitiva, la suma del conjunto de todas estas circunstancias es posible que se haya visto implicada en la elevada puntuación tanto en agotamiento como en despersonalización de nuestros profesionales. No obstante, son considerados los grandes héroes de esta pandemia, su trabajo es fundamental para poder hacer frente al virus y cada pequeño paso sanitario se percibía como un enorme logro, lo que puede, a su vez, aumentar la realización personal o de logro de los profesionales sanitarios, pues posiblemente se incremente en ellos la percepción de tener un sentido de la propia vida y de los logros alcanzados por medio de la realización de su trabajo.

Los estudios, además, informan de que parece existir una correlación entre la **edad y la antigüedad** laboral y mayores niveles de burnout, de hecho, plantean que la edad tiene relación con los tres factores, siendo en personas entre 31-40 años mayor el agotamiento y la despersonalización y disminuyendo la eficacia personal conforme aumenta la edad. Por su parte, la antigüedad laboral parece incrementar el agotamiento y disminuir la realización personal. No obstante, nuestros resultados no parecen estar en sintonía con ellos ya que no muestran la existencia de ningún tipo de correlación lineal significativa entre esas variables.

El análisis de la información recogida nos indica en cuanto a la **Resiliencia** que nuestros participantes han obtenido puntuaciones muy elevadas, teniendo un 50% de la muestra valores altos y el otro 50% valores muy altos. En algunas investigaciones como la de García (2014) aparecen resultados contradictorios con los nuestros en una muestra de profesionales sanitarios de urgencias, pues la mayoría de sus participantes tenían un nivel medio bajo de resiliencia. No obstante, esta diferencia podría deberse a características del servicio de cada uno de los hospitales o de las políticas de recursos humanos que se apliquen en cada uno.
Estos datos son sumamente interesantes pues algunos autores como Arrogante (2015) describen que existen evidencias de que la resiliencia reduce los efectos del estrés laboral y que

permite amortiguar o minimizar, en enorme medida, las consecuencias de su exposición continua, evitando que se desarrollen patologías como el síndrome de burnout.
Estas argumentaciones teóricas se ven plenamente reflejadas en los resultados que hemos obtenido en esta investigación, pues el nivel de resiliencia tan elevado que muestran nuestros participantes puede estar actuando como factor protector ante la aparición del síndrome en esta situación excepcional de emergencia sanitaria. De hecho, se producen correlaciones negativas significativas entre resiliencia y agotamiento y entre resiliencia y cinismo y se obtiene una correlación positiva significativa entre resiliencia y eficacia.
También parece existir una correlación positiva entre resiliencia y edad y entre resiliencia y años de experiencia trabajados en el sector, por tanto, nos salen resultados congruentes con los obtenidos en otras publicaciones como la de González-Arratia y Valdez (2007).

El análisis de la información recogida nos indica en cuanto al **apoyo social** que nuestros participantes tienen una percepción de apoyo social bastante **buena**, estando ésta por encima de la media en la mayoría de los casos, 95% de los integrantes de la muestra.
El apoyo social es un término complejo que incluye distintas dimensiones y aspectos tanto estructurales como funcionales que será necesario tener en cuenta y también se ha visto que puede ser comprendido como un factor protector ante las situaciones estresantes.
Esto último es relevante para nuestra investigación ya que nuestros participantes se han visto expuestos a unas circunstancias repentinas, muy estresantes y aversivas con la llegada del Covid -19 y el apoyo social que han percibido ha sido muy alto. Quizás como los sanitarios eran los únicos que podían hacer frente a la pandemia, en el sentido más estrictamente médico, han recibido una enorme cantidad de apoyo (instrumental y psicológico en crisis) por parte de toda la sociedad, lo que creemos que podría contribuir a que se hayan adaptado de una mejor manera a la situación tan negativa que estaban viviendo y que, por consiguiente, sus niveles de burnout sean menores a los esperados si no se hubiera producido este cambio en el apoyo social recibido y percibido. No obstante, no hemos podido demostrar una correlación lineal significativa entre el apoyo social y el burnout, quizás en una futura investigación con un mayor número de muestra o con otros tipos de correlaciones, podamos comprobar si realmente actúa o no como un factor protector, como la resiliencia.

7. Conclusión

El objetivo principal de este trabajo de fin de máster era analizar la incidencia del Burnout en enfermeros de urgencias durante el estado de alarma y comprobar los niveles de resiliencia y apoyo social que experimentan para, a su vez, intentar verificar si existe algún tipo de relación entre las tres variables (que en ningún momento serían consideradas explicaciones causales).

Por ello se plantearon una serie de hipótesis que en este punto trataremos de contrastar con los datos que hemos obtenido:

- **Hipótesis principal:**

  Ho: No existe relación entre las variables nivel de burnout, resiliencia y apoyo social.

  H1: Existe relación entre las variables nivel de burnout, resiliencia y apoyo social.

  En contraposición con la hipótesis nula (Ho) que enunciaba que no existía relación entre las variables, hemos encontrado que existe una correlación lineal negativa significativa entre resiliencia y burnout. Con lo cual, aquellos que tengan puntuaciones altas en resiliencia tendrán menores puntuaciones en Burnout y viceversa.

  No obstante, no se ha identificado una relación lineal significativa entre el apoyo social y cualquiera de las otras dos variables.

- **Hipótesis 2:**

  Ho: El grado de burnout no será mayor en aquellos enfermeros con menor resiliencia y apoyo social.

  H1: El grado de burnout será mayor en aquellos enfermeros con menor resiliencia y apoyo social.

  En esta ocasión tendríamos que quedarnos con la hipótesis nula, pues no hemos encontrado una correlación significativa con el apoyo social que demuestre lo contrario, aunque si se dé con la resiliencia.

- **Hipótesis 3:**

  Ho: El nivel de Burnout no será significativo en la muestra de trabajadores pese a las circunstancias producidas por el estado de alarma.

  H1: El nivel de Burnout será significativo en la muestra de trabajadores pese a las circunstancias producidas por el estado de alarma.

  Solo una minoría (5%) reúne las condiciones para realizarles el diagnóstico del síndrome de estar quemado, por tanto nos quedaríamos con la hipótesis nula que mani-

fiesta que el nivel de Burnout de nuestra muestra de trabajadores no será excesivo incluso encontrándose en estado de alarma.

- **Hipótesis 4:**

  Ho: El nivel de Resiliencia no será significativo en la muestra de trabajadores pese a las circunstancias producidas por el estado de alarma.

  H1: El nivel de Resiliencia será significativo en la muestra de trabajadores pese a las circunstancias producidas por el estado de alarma.

  En este caso nos quedaríamos con la hipótesis alternativa (H1) ya que hemos comprobado como la mayoría de los trabajadores de nuestra muestra tienen unos niveles altos o muy altos en resiliencia.

- **Hipótesis 5:**

  Ho: El nivel de Apoyo social no será significativo en la muestra de trabajadores pese a las circunstancias producidas por el estado de alarma.

  H1: El nivel de Apoyo social será significativo en la muestra de trabajadores pese a las circunstancias producidas por el estado de alarma.

  En esta ocasión nos quedaríamos con la hipótesis alternativa (H1) ya que la mayoría de los trabajadores de la muestra perciben, a su vez, un apoyo social suficiente, siendo el apoyo emocional el más significativo.

- **Hipótesis 6:**

  Ho: Los trabajadores con mayor resiliencia no tendrán niveles más bajos de burnout.

  H1: Los trabajadores con mayor resiliencia tendrán niveles más bajos de burnout.

  En esta ocasión nos quedaremos con la hipótesis alternativa (H1), pues como hemos podido comprobar, parece existir una correlación lineal significativa entre el Burnout y la Resiliencia. Especialmente, hay una correlación negativa significativa entre agotamiento y resiliencia, al igual que otra correlación negativa significativa entre cinismo y resiliencia, mientras que se produce una correlación positiva significativa entre eficacia y resiliencia.

  Por tanto, a medida que aumentan los niveles de resiliencia parece que disminuyen los de burnout.

- **Hipótesis 7:**

  Ho: Los trabajadores con mayor apoyo social no tendrán niveles más bajos de burnout.

  H1: Los trabajadores con mayor apoyo social tendrán niveles más bajos de burnout.

En esta ocasión nos quedaremos con la hipótesis nula (Ho) ya que no hemos encontrado ninguna correlación lineal significativa entre las variables apoyo social y burnout en nuestra muestra de trabajadores de urgencias.

Por todo lo anteriormente expuesto, podríamos concluir que hemos cumplido de forma satisfactoria los objetivos propuestos inicialmente, pues hemos analizado la incidencia del burnout y hemos medido los niveles de resiliencia y apoyo social y, a su vez, hemos intentado comprobar las relaciones entre cada una de las variables.

Limitaciones del estudio

Con respecto a las limitaciones del estudio podríamos destacar que quizás la muestra ha sido más pequeña de lo esperado. De los 66 enfermeros integrantes del servicio de Urgencias únicamente hemos podido pasar los cuestionarios a 43 ya que los otros 23 se mostraban reacios a participar en cualquier tipo de estudio, ya fuese porque no tenían tiempo o porque estaban de baja por enfermedad. No obstante, tenemos datos de más de la mitad de este grupo, con lo cual parecía aceptable continuar con la investigación.

Sería conveniente de cara a futuros proyectos de investigación sobre esta área, intentar abarcar a más profesionales del sector sanitario, para así obtener unos datos que puedan ser generalizables a toda su población.

Por otra parte también podemos señalar como limitación el hecho de que aunque los instrumentos utilizados para evaluar cada una de las variables, Cuestionario MOS de Apoyo Social, Escala de Resiliencia de 14 ítems de Wagnild y el Maslach Burnout Inventory-General Survey adaptado al español, tienen unos valores adecuados de consistencia interna y fiabilidad, los convertimos en un único cuestionario con la forma de *formulario de Google* para que resultase más sencilla su aplicación a cada uno de los participantes. Esto puede hacer que dado que los participantes podían responder desde cualquier lugar, pudieran estar sometidos a variables extrañas (como ruidos, distracciones) que les pudieran hacer contestar de una forma más arbitraria. Por tanto, se pierde esa parte de control que aseguraríamos al pasar el cuestionario a todos los participantes en una misma situación o ambiente.

Por otro lado y muy relacionado con lo anterior, destacaríamos el hecho de que al juntar todos los instrumentos más la hoja de datos sociodemográficos se nos quedaba un cuestionario con 53 ítems, lo que lo convierte en un formulario que es bastante largo y que requería bastante tiempo para responderlo. Esto puede hacer que los participantes vayan desarrollando un efecto fatiga que sería interesante tener en cuenta en futuras investigaciones con el fin de mitigarlo.

En definitiva, las limitaciones de la investigación realizada han sido:

- La búsqueda de cuestionarios cortos que reunieran las condiciones psicométricas idóneas para poder aplicarlos a los participantes con cierta seguridad.

- La longitud del formulario final que podría llevar asociado ciertos efectos como el de la fatiga.
- La imposibilidad de asegurar las condiciones de control ambiental pertinentes para realización del cuestionario, con la consiguiente posibilidad de que existan variables extrañas.
- El tamaño de la muestra.

8. Referencias bibliográficas

Albar, M. J., Romero, M. E., González, M. D., Carbayo, E., García, A., Gutiérrez, I. y Algaba, S. (2004). Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital. *Enfermería clínica*, *14*(5), 281-285. Recuperado de sitio web https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862104738991

Albendín, L., Gómez, J. L., Cañadas-de la Fuente, G. A., Cañadas, G. R., San Luis, C., & Aguayo, R. (2016). Prevalencia bayesiana y niveles de burnout en enfermería de urgencias. Una revisión sistemática. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *48*(2), 137-145. Recuperado de sitio web https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120053415000394

Arrogante, Ó. (2015). Resiliencia en Enfermería: definición, evidencia empírica e intervenciones. *Index de enfermería*, *24*(4), 232-235. Recuperado de sitio web http://www.index-f.com/indexenfermeria/v24n4/9928r.php

Boletín Oficial del Estado (2006). *Real Decreto-ley 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro*. Boletín Oficial del Estado, 19 de diciembre de 2006, núm. 302. [Consulta 14 de noviembre del 2019]. España. Recuperado de sitio web: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-22169

Bresó, E., Nogareda, C., Salanova, M., Schaufeli, W. y Nogareda, C. (2004.). *NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III): Instrumento de medición.* Ministerio de trabajo y asuntos sociales de España. Recuperado de sitio web https://www.insst.es/documents/94886/327446/ntp_732.pdf/bf45e644-2986-42b0-b9a5-ce5bef2917bd

Cañadas-de la Fuente, G. A., San Luis, C., Lozano, L. M., Vargas, C., García, I., & Emilia, I. (2014). Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *46*(1), 44-52. Recuperado de sitio web https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120053414700056

Carretero, N. y Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *38*(1), 176-179. Recuperado de sitio web

https://go.gale.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA153413968&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=01200534&p=IFME&sw=w

Clemente, M. A. (2003). Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica. *Interdisciplinaria*, *20*(1). Recuperado de sitio web https://www.redalyc.org/pdf/180/18020103.pdf

Cortés, J. E. (2010). La resiliencia: una mirada desde la enfermería. *Ciencia y enfermería*, *16*(3), 27-32. Recuperado de sitio web http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300004

Cotelo, J. (2019). *Análisis comparativo del desgaste profesional en el médico español.* Medscape. Recuperado de sitio web: https://espanol.medscape.com/verarticulo/5903918?src=mkm_latmkt_190510_mscmrk_lattop5_nl&uac=313679BY&impID=1959258&faf=1#vp_1

Damásio, B. F., Borsa, J. C., y da Silva, J. P. (2011). 14Item Resilience Scale (RS-14): Psychometric properties of the Brazilian version. *Journal of Nursing Measurement*, 19, 131-145. Recuperado de sitio web https://connect.springerpub.com/content/sgrjnm/19/3/131

De la Revilla, L., Luna, J., Bailón, E., y Medina, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de familia*, *6*(1), 10-8.

El Confidencial (2019). *¿Qué es el ´burnout´? La OMS reconoce el síndrome del trabajador quemado´.* El Confidencial. Recuperado de sitio web: https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2019-05-28/que-es-burnout-sindrome-trabajador-quemado_2039726/

Esteban, S. (2016). *Relación entre niveles de resiliencia y niveles de burnout en el personal de enfermería. Revisión bibliográfica.* Recuperado de sitio web http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17698/TFG-H420.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Fernández García M. V., Zárate Grajales R. A., Bautista Paredes L., Domínguez Sánchez P, Ortega Vargas C, Cruz Corchado M, y Montesinos-Jiménez. (2012) Síndrome de burnout y enfermería. Evidencia para la práctica. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, *20*(1), 45-53. Recuperado de sitio web http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2012/eim121f.pdf

Fidalgo, M. (2020). NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): Definición y proceso de generación. Ministerio de trabajo y asuntos sociales de España. Recuperado de sitio web: https://www.insst.es/documents/94886/327446/ntp_704.pdf/9a205bee-9bd7-4221-a1ae-39b737974768

Fidalgo, M. (2020). *NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): consecuencias, evaluación y prevención.* Ministerio de trabajo y asuntos sociales de España. Recuperado de sitio web: https://www.insst.es/documents/94886/327446/ntp_705.pdf/a6901ca1-e0a3-444d-96dd-419079da204d

Figueiredo, H., Grau, E., Gil-Monte P. y García, J. (2012). Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Psicothema*. ; 24 (2): 271-276. Recuperado de sitio web https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3858996

García, L. (2014*). Resiliencia y personalidad en el personal de urgencias hospitalarias y extra hospitalarias del Principado de Asturias*. Recuperado de sitio web http://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/27807

Gil-Monte, P. R. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud pública de México*, *44*, 33-40. Recuperado de sitio web https://www.scielosp.org/article/spm/2002.v44n1/33-40/es/

González-Arratia, N. I. Y Valdez, J. L. (2015). Resiliencia. Diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos. *Acta de investigación psicológica*, *5*(2), 1996-2010. Recuperado de sitio web http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-48322015000201996&script=sci_arttext&tlng=en

Grau, E. (2008). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal*. Valencia: Universitat de Valencia. Recuperado en sitio web https://www.tdx.cat/handle/10803/10197#page=1

Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. y Braga, F. (2009) *Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. Revista Española de Salud Pública, 83(2*): 215-230. Recuperado de sitio web http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000200006.

Locke, T. (2019). *Comparaciones de desgaste profesional y calidad de vida de médicos de diversos países.* Medscape. Recuperado de sitio web: https://espanol.medscape.com/diapositivas/59000101#2

Médicos y pacientes (2020). *La OMS reconoce como enfermedad el burnout o "síndrome de estar quemado".* Médicos y pacientes. Recuperado de sitio web http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-oms-reconoce-como-enfermedad-el-burnout-o-sindrome-de-estar-quemado

Orcasita, L. y Uribe, A. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia, 4*(2), 69-82. Recuperado de sitio web https://revistas.usb.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/1151

Olivares V. y Gil-Monte P. (2009) *Análisis de las principales fortalezas y debilidades del "Maslach Burnout Inventory" (MBI). Ciencia & Trabajo, 11,* 160-167. Recuperado de sitio web http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/33/pagina160.pdf

Organización mundial de la Salud (2019). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. QD85 Burnout.* Recuperado de sitio web: https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281

Ortega, C. y López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas1. *International journal of clinical and Health Psychology*, *4*(1), 137-160.

Palomar, J., y Gaxiola, J.C. (2012) (Coord). Estudios de Resiliencia en América Latina (Vol. I). México D.F: Pearson. Recuperado de sitio web https://www.redalyc.org/pdf/337/33740108.pdf

Martínez, I. M. M., y Pinto, A. M. (2005). Burnout en estudiantes universitarios de España y Portugal y su relación con variables académicas. *Aletheia*, (21), 21-30. Recuperado de sitio web https://www.redalyc.org/pdf/1150/115013476003.pdf

Redacción Médica (2019). *El 'burnout' en médicos y la adicción a los videojuegos ya son enfermedades.* Recuperado de sitio web https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/la-oms-incluye-el-burnout-de-medicos-y-enfermeras-como-enfermedad-9377

Sánchez-Teruel, D., y Robles-Bello, M. A. (2015). Escala de resiliencia 14 ítems (RS-14): propiedades psicométricas de la versión en español. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, *2*(40), 103-113. Recuperado de sitio web https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645432011.pdf

Villatoro, P. (2012). *La medición del bienestar a través de indicadores subjetivos: Una revisión*. Serie Estudios Estadísticos y Prospectivos, ISSN: 1680-8770, N 79. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago. Recuperado de sitio web https://repositorio.cepal.org/handle/11362/4783

9. Anexos

Enlace Formulario de Google

Apoyo social percibido, resiliencia y burnout

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScaZzIpfre8mDmhO7_wzd83PaNJAOMQ4PY76yeYd9JCFFF36Q/viewform

Participante	Edad	Sexo	ños en el secto	Experiencia puesto	Resiliencia	poyo social.	gotamientc	Cinismo	cia profesi
1	57	2	35	2	95	95	0	1,5	6
2	48	1	27	20	92	92	4	2,5	5,5
3	36	2	16	2	81	84	4,2	4,5	2,83
4	53	2	27	20	93	94	2	0,75	5,33
5	60	2	35	5	89	88	1,6	0	5,66
6	37	2	8	4	72	88	2	1,25	3,66
7	25	1	3	3	81	95	3,6	2,5	4,83
8	26	1	5	3	77	90	3,2	3	5,16
9	24	1	2	0,1	78	89	1,4	0	5,5
10	26	1	3	3	82	88	4,4	3	5,5
11	27	2	4	2	73	73	3,2	1	5,16
12	32	1	15	7	76	95	2	0,5	4,5
13	39	1	15	13	84	91	1,6	1	6
14	53	1	20	20	71	81	5,2	3,75	5
15	37	1	10	10	67	95	0,4	1,5	3,66
16	26	1	4	4	64	71	4,8	3	4,5
17	26	1	5	5	66	95	3,6	1	4,5
18	57	2	30	28	86	95	4	1	5,33
19	40	1	14	0,4	92	95	0	0	6
20	36	1	15	10	93	80	1,2	0,25	6
21	37	1	13	5	71	94	2,4	3	5,16
22	49	1	18	10	87	94	1,4	0,5	5,83
23	33	2	10	10	96	95	0,2	0	4
24	42	1	18	11	97	95	0,8	0,25	6
25	49	1	28	21	66	72	5,4	0,5	4,5
26	49	1	27	2,5	80	94	3,8	2	4,5
27	45	1	20	15	85	95	2,4	0	4,66
28	53	2	27	20	93	94	2	0,75	5,33
29	51	1	25	22	74	46	1	0,5	4,66
30	45	2	17	15	98	95	3,4	0,75	6
31	41	1	20	17	85	76	3,6	2,75	5,33
32	31	1	8	2	81	83	1,4	0	5,66
33	30	1	10	8	81	79	3,2	1,5	4,5
34	44	1	14	3	73	75	5,6	3,25	5,16
35	53	1	30	30	71	73	1,4	3	5
36	30	1	10	7	76	90	4	1,25	5
37	48	1	20	16,5	97	49	1,2	0,25	6
38	45	1	24	5	85	85	2,8	1,5	4,66
39	27	1	4	2	86	76	2,2	1,25	5,83
40	52	1	14	5	89	94	5	1,5	5

Figura 2. Resumen de los datos obtenidos

Correlaciones

		Agotamiento	Cinismo	Eficacia profesional	Experiencia puesto	Años en el sector	Resiliencia	Apoyo social. IG
Agotamiento	Correlación de Pearson	1	,591**	-,253	,023	-,113	-,398*	-,073
	Sig. (bilateral)		,000	,115	,889	,487	,011	,653
	N	40	40	40	40	40	40	40
Cinismo	Correlación de Pearson	,591**	1	-,344*	-,055	-,104	-,403**	-,069
	Sig. (bilateral)	,000		,029	,735	,523	,010	,672
	N	40	40	40	40	40	40	40
Eficacia profesional	Correlación de Pearson	-,253	-,344*	1	,084	,162	,542**	,001
	Sig. (bilateral)	,115	,029		,607	,317	,000	,997
	N	40	40	40	40	40	40	40
Experiencia puesto	Correlación de Pearson	,023	-,055	,084	1	,601**	,097	-,238
	Sig. (bilateral)	,889	,735	,607		,000	,550	,139
	N	40	40	40	40	40	40	40
Años en el sector	Correlación de Pearson	-,113	-,104	,162	,601**	1	,333*	-,040
	Sig. (bilateral)	,487	,523	,317	,000		,036	,805
	N	40	40	40	40	40	40	40
Resiliencia	Correlación de Pearson	-,398*	-,403**	,542**	,097	,333*	1	,233
	Sig. (bilateral)	,011	,010	,000	,550	,036		,148
	N	40	40	40	40	40	40	40
Apoyo social. IG	Correlación de Pearson	-,073	-,069	,001	-,238	-,040	,233	1
	Sig. (bilateral)	,653	,672	,997	,139	,805	,148	
	N	40	40	40	40	40	40	40

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).
*. La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Figura 12. Resultado del análisis correlacional entre las variables resiliencia, apoyo social, agotamiento, cinismo, eficacia profesional, años de experiencia en el puesto de trabajo y años trabajados en el sector sanitario.