

El Burnout en los sanitarios de Gran Canaria tras la pandemia.

Eliezer Ramírez Ramos

eramirezramos@uoc.edu

Tutor/a: Dra. Patrícia Tàpia-Caballero

12/07/2022

Trabajo final de máster

Curso 2021-22, semestre 1

Índice

Resumen	5
1.Marco teórico.....	10
1.1. Concepto de Burnout.	10
1.2. Origen y modelos del Síndrome del Burnout.	10
1.3. Fases del síndrome del Burnout.	12
1.4. Potenciadores y consecuencias del Síndrome del Burnout.....	13
1.5. Instrumentos para medir el Burnout.	14
1.6. Revisión de investigaciones previas.	15
1.6.1 Estudios alrededor del mundo.....	16
1.6.2 Estudios en España.	17
2. Metodología.....	19
2.1 Cuestionarios	19
2.2 Muestra.....	21
2.2.1 Datos demográficos	22
2.3 Método de difusión y recogida de datos	23
3. Análisis de resultados	24
3.1 Resultados del cuestionario de la situación previa.	24
3.2 Resultados del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)	27
3.2.1 Agotamiento emocional.....	27
3.2.2 Despersonalización.	28
3.2.3 Eficacia personal.	28
3.2.4 Resultados generales.....	29
3.2.5. Datos estadísticos descriptivos del cuestionario MBI.	30
3.3. Niveles de Burnout por sexo.	31
3.4. Dimensiones del Burnout por categorías profesionales.	32
3.5. Resultados del CESQT	35
3.5.1. Puntuaciones generales en SQT.	35
3.3.2. Resultados estadísticos descriptivos del CESQT	36
3.5.3. Resultados de la dimensión culpa CESQT	36
3.5.4. Dimensión culpa diferenciada por sexos.	37
3.5.5. Dimensión culpa por categoría profesional.....	38
3.5.6 Correlaciones del CESQT	40
Conclusiones	41
Referencias bibliográficas	50
Anexos.....	53
ANEXO I: Cuestionario de evaluación de la situación previa a la crisis sanitaria.	53
ANEXO II: Cuestionario de MBI-GS.....	55
ANEXO III: Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo.	56

Índice de tablas.

Tabla 1. Estructura del cuestionario MBI.	20
Tabla 2. Estructura y evaluación de resultados del cuestionario CESQT.	20
Tabla 3. Datos estadísticos descriptivos del MBI.....	30
Tabla 4. Datos estadísticos descriptivos del MBI por dimensión y sexo.	32
Tabla 5. Datos estadísticos descriptivos del CESQT por dimensiones.	36
Tabla 6. Estadísticas descriptivas del CESQT diferenciado por sexos.	38

Índice de gráficos.

Graf. 1. Edad de la muestra en grupos y totales.....	22
Graf. 2. Categorías profesionales de la muestra en porcentajes (%).	22
Graf. 3. Número de horas semanales trabajadas antes del COVID-19, en porcentajes (%).	24
Graf. 4. Número aproximado de horas trabajadas durante la crisis, en porcentajes (%).....	24
Graf. 5. Percepción de la carga de trabajo antes de la crisis sanitaria, en porcentajes (%).....	25
Graf. 6. Percepción de la responsabilidad antes de la crisis sanitaria, en porcentajes (%).	25
Graf. 7. Niveles de agotamiento emocional de la muestra, en porcentajes (%).....	27
Graf. 8. Niveles de despersonalización de la muestra, en porcentajes (%).	28
Graf. 9. Niveles de eficacia personal de la muestra, en porcentajes (%).	28
Graf. 10. Niveles de Burnout aproximados de la muestra, en porcentajes (%).	29
Graf. 11. Niveles de Burnout en mujeres separado por dimensiones y en porcentajes (%).	31
Graf. 12. Niveles de Burnout en hombres separado por dimensiones y en porcentajes (%).	31
Graf. 13. Niveles de Agotamiento Emocional por profesionales, por porcentajes (%).	33
Graf. 14. Niveles de Despersonalización por profesiones, en porcentajes (%).	33
Graf. 15. Niveles de Realización personal por profesiones, en porcentajes (%).	34
Graf. 16. Puntuaciones de la muestra CESQT, en porcentajes (%).	35
Graf. 17. Personas que sufren de culpa y personas que no sufren de culpa, en porcentajes (%)	37
Graf. 18. Diferencia de la aparición de culpa entre mujeres y hombres, en porcentajes (%).	37
Graf. 19. Perfiles de culpa por categorías profesionales, en porcentajes (%).	39
Graf. 20. Correlación entre Ilusión por el trabajo y Culpa.	40
Graf. 21. Correlación entre Desgaste Psíquico y Culpa.	40
Graf. 22. Correlación entre Indolencia y Culpa.	41

Resumen

El síndrome del Burnout o síndrome de estar quemado por el trabajo hace referencia a un tipo de estrés crónico derivado del trabajo que se asocia con el desarrollo de sentimientos y actitudes negativas hacia este. Aunque recientemente la OMS ha reconocido este síndrome como una enfermedad profesional, España sigue sin aceptar en el cuadro de enfermedades profesionales. Aunque este síndrome afecta a todo tipo de trabajadores, las investigaciones se han centrado en su incidencia en los trabajadores asistenciales, especialmente en los profesionales sanitarios. Actualmente, con la crisis sanitaria, se ha vuelto a despertar el interés por cómo ha afectado la crisis sanitaria a la incidencia de este síndrome en los trabajadores sanitarios.

El objetivo principal de este trabajo es estudiar el impacto de la pandemia en los niveles de Burnout de los sanitarios de la isla de Gran Canaria (Islas Canarias), para ello se ha hecho una investigación científica sobre varias categorías profesionales dentro de distintos centros de trabajo; para esta investigación se han utilizado herramientas como el Maslach Burnout Inventory (MBI) que mide el agotamiento emocional, la despersonalización y la eficacia personal, y el Cuestionario para evaluar el síndrome de quemarse en el trabajo (CESQT) que añade una dimensión que mide los sentimientos de culpa. Los principales resultados del estudio muestran que los niveles de Burnout en los sanitarios se han disparado a causa de la pandemia, destacando los altos niveles en despersonalización. Queda evidenciado que un alto porcentaje de la muestra presenta sentimientos de culpa asociados sus comportamientos y actitudes y se concluye que la categoría profesional de auxiliares de enfermería es la que presenta peores niveles de Burnout. El estudio concluye que existe una urgencia inmediata de reconocer este síndrome como enfermedad para establecer protocolos y acciones preventivas.

Palabras clave:

Síndrome del Burnout, sanitarios, agotamiento emocional, culpabilidad, crisis sanitaria.

Abstact

Burnout syndrome refers to a type of chronic stress derived from work that is associated with the development of negative feelings and attitudes towards work. Although the WHO has recently recognized this syndrome as an occupational disease, Spain still does not accept it as an occupational disease. Although this syndrome affects all types of workers, research has focused on its incidence in care workers, especially healthcare professionals. Currently, with the health crisis, interest has reawakened in how the health crisis has affected the incidence of this syndrome in health care workers.

The main objective of this work is to study the impact of the pandemic on the Burnout levels of healthcare workers on the island of Gran Canaria (Canary Islands), for this purpose a scientific investigation has been carried out on several professional categories within different work centers; tools such as the Maslach Burnout Inventory (MBI) which measures emotional exhaustion, depersonalization and personal effectiveness, and the Questionnaire to Evaluate Burnout at Work (CESQT) which adds a dimension that measures feelings of guilt have been used for this investigation.

The main results of the study show that the levels of Burnout in healthcare workers have shot up due to the pandemic, highlighting the high levels of depersonalization. It is evidenced that a high percentage of the sample presents feelings of guilt associated with their behaviors and attitudes and it is concluded that the professional category of nursing assistants is the one that presents the worst levels of Burnout. The study concludes that there is an immediate urgency to recognize this syndrome as a disease in order to establish protocols and preventive actions.

Key words:

Burnout syndrome, healthcare workers, emotional exhaustion, guilt, health crisis.

Introducción

En todos los sectores profesionales, siempre ha existido el síndrome por el cual los trabajadores sufren un estrés prolongado que deriva en un cansancio emocional y físico, en un sentimiento de indiferencia hacia el trabajo y en un sentimiento de baja eficacia personal que conlleva desmotivación e insatisfacción, a este síndrome se le conoce como desgaste profesional, mejor conocido como Síndrome del Burnout. Aunque este síndrome ha sido estudiado en profundidad durante las últimas décadas, no ha sido hasta recientemente que se ha sido reconocido como una enfermedad profesional que supone un grave riesgo laboral para la vida de los trabajadores.

Aunque es cierto que se ha demostrado que este síndrome puede aparecer en cualquier sector profesional, desde sus orígenes se les ha vinculado a los trabajos de intervención directa con el cliente o paciente, siendo especialmente estudiado sobre el personal sanitario.

Infinidad de estudios demuestran la estrecha relación de este síndrome con el personal sanitario y ahora, con la aparición del Coronavirus y los requerimientos que esto ha supuesto para el personal sanitario, ha resurgido el interés social por conocer la relación entre el Síndrome del Burnout y los sanitarios teniendo como variable clave el paso de la crisis sanitaria por nuestras vidas. Aprovechando esta situación, el presente trabajo busca conocer los efectos de la pandemia en el Burnout de los sanitarios para posteriormente proceder a concienciar sobre la importancia de saber cómo prevenir y gestionar este síndrome desde una perspectiva de gestión y dirección de RRHH.

Justificación

El síndrome del Burnout ha sido investigado desde la década de los 70, siendo desde entonces objeto de interés científico y social, no obstante, con la reciente situación sanitaria el Síndrome del Burnout ha vuelto a posicionarse en el punto de mira de los expertos e investigadores. Tanto es así que desde enero del presente año (2022) la Organización Mundial de la Salud (o OMS) ha reconocido el Síndrome del Burnout como una **enfermedad profesional**, obligando así a que todos los países miembros tengan que adecuar su legislación y reconocer el Burnout como una enfermedad profesional que requiere de prevención. Pese a lo comentado anteriormente, en España este síndrome sigue sin ser reconocido como enfermedad profesional pese a que estudios como el *'Resetting Normal: redefiniendo la nueva era del trabajo'* de Adecco (2021) hayan revelado que el 40% de los trabajadores españoles reconoce haberlo sufrido a raíz de la pandemia. Esta situación demuestra la relevancia e importancia de continuar estudiando e investigando este síndrome que, desde el inicio de la crisis sanitaria, afecta cada vez a más trabajadores, expandiéndose a todos los sectores como si de una plaga se tratase.

Si un sector se ha visto especialmente afecto por la pandemia es el sanitario, no obstante, mucho se ha hablado de los estragos físicos que la pandemia ha dejado en el personal sanitario, pero parece que los estragos psicológicos (entre ellos el Burnout) han quedado en un segundo plano. El Burnout en los sanitarios ha sido estudiado desde sus inicios, pero es necesario destacar que,

a diferencia del presente trabajo, la mayoría de los estudios se centran en una categoría profesional específica (enfermeras, médicos de urgencias, etc.) y suelen excluir una dimensión más que interesante: la culpa, (introducida por Gil-Montes, 2005). El presente trabajo busca conocer la situación real del personal sanitario sin centrarse en un grupo específico, busca comparar la situación actual tras dos años de pandemia con la situación inicial de los sanitarios y, finalmente, busca estudiar la culpabilidad como dimensión consecuente del Síndrome del Burnout. Lo comentado anteriormente, supone otro motivo por el cual la presente investigación tiene relevancia científica y social.

Personalmente, el Síndrome del Burnout me despierta un interés especial. Por un lado, considero que en materia de RRHH es necesario conocer en profundidad este síndrome, saber cómo actúa, que lo potencia y, sobre todo, como prevenirlo y tramitarlo cuando aparece en el talento humano que, como profesionales de RRHH, tenemos que dirigir y gestionar. Por otro lado, por el entorno familiar y social que me rodea, he podido observar cómo como la crisis sanitaria ha supuesto un antes y un después en el agotamiento emocional del personal sanitario, incluso llegando a desembocar en un rechazo hacia el puesto de trabajo. Por estos motivos, tengo interés en conocer la situación actual del Burnout en los sanitarios para, con los resultados del estudio, poder divulgar la importancia de identificar este síndrome como enfermedad profesional y de esa manera concienciar y animar a la prevención.

En resumidas cuentas, con todo lo expuesto anteriormente, es relevante y necesario realizar este trabajo de investigación para seguir demostrando el peso y la importancia de reconocer este síndrome como enfermedad profesional que influye notablemente en la salud y bienestar de los trabajadores sanitarios.

Objetivo y alcance

El problema que se plantea en el presente proyecto es sencillo: con la crisis sanitaria, la carga de trabajo y la responsabilidad en los sanitarios ha experimentado un aumento, lo que ha desembocado en un aumento de su agotamiento emocional, físico y mental, es decir, el personal sanitario ha podido experimentar un aumento del Síndrome del Burnout. De este planteamiento surge la hipótesis inicial del presente trabajo, de la suposición de que existe una relación entre la crisis sanitaria y el aumento del nivel de Burnout en el personal sanitario.

Por todo ello, el presente trabajo tiene como objetivo **conocer el nivel actual de síndrome del Burnout** en el personal sanitario tras dos años de lucha contra la pandemia, además, tiene el objetivo de visibilizar la importancia de que este síndrome sea considerado como enfermedad profesional lo antes posible, ya que esto ayudaría a que los líderes, coordinadores o jefes de equipo sepan adoptar buenas prácticas que puedan reducir la aparición o los impactos de este síndrome en sus equipos.

Para lograr estos objetivos más generales, es necesario establecer una serie de objetivos que sean más concretos y específicos. En primer lugar, es necesario conocer la situación previa en

la relación entre nivel de Burnout y los sanitarios, es decir, conocer cómo era la situación de los sanitarios antes del inicio de la pandemia para saber si efectivamente el nivel de Burnout ha aumentado o no a consecuencia de la COVID-19.

Para lograr verificar esta hipótesis de la que parte este trabajo (*que el nivel de Burnout ha aumentado en los Sanitarios tras la crisis del Covid-19*) es indispensable hacer una investigación tanto teórica como de campo que nos proporcione datos fiables, recientes y actualizados, por lo tanto, en segundo lugar, otro objetivo es conseguir esos datos actualizados y de fuentes primarias que permitan conocer el nivel actual de este síndrome en los sanitarios para poder sacar las conclusiones pertinentes.

Otro objetivo derivado de los anteriores es comprobar la relación entre el aumento del nivel de Burnout y la culpa, entiendo la culpa como el sentimiento que aparece por tener un comportamiento y unas actitudes negativas con los compañeros y con los pacientes, para posteriormente poder hacer una distinción entre dos tipos de personal sanitario que sufren Burnout: los que sienten culpa y los que no.

Finalmente, para conseguir unas conclusiones más concretas y que aporten un valor añadido, se plantea el objetivo de averiguar que variables afectan a la aparición del Burnout; para esto se propone hacer una diferenciación por categorías profesionales (médicos, enfermería y auxiliares de enfermería) y por sexos (mujeres y hombres). De igual modo, se busca conocer si la categoría profesional y el sexo influye o no en la aparición de sentimientos de culpa.

En conclusión, el presente trabajo parte de una hipótesis que tiene dos objetivos generales como son, **conocer el nivel actual de burnout en los sanitarios tras la pandemia y visibilizar y concienciar sobre la importancia de este síndrome** para su prevención y control en los equipos de trabajo. Fruto de estos objetivos generales, derivan otros más específicos comentados anteriormente.

1. Marco teórico

1.1. Concepto de Burnout.

El término Burnout (*inicialmente Burn-Out*) es un anglicismo que al español se traduce como “estar quemado” aunque en castellano se ha tipificado hasta con 17 nombres distintos, pero este síndrome generalmente es conocido como “Síndrome de estar Quemado por el Trabajo”, “Síndrome de desgaste profesional”, “síndrome de fatiga en el trabajo” o “síndrome de sobrecarga emocional”.

Este término se utiliza para hacer referencia a un tipo de estrés crónico derivado del trabajo que desemboca en una sensación de agotamiento generalizado, tanto emocional como físico que fomentan el desarrollo de sentimientos y actitudes negativas hacia las personas con las que se trabaja (tantos compañeros como clientes), haciendo que aparezca una pérdida de significado del propio rol profesional del trabajador. Todas las descripciones para el término de Síndrome del Burnout coinciden en que este supone un factor de riesgo para las personas que lo sufren porque padecerlo afecta negativamente a su calidad de vida y a sus distintas áreas (laboral, social, familiar, académica) y pone en riesgo la su salud mental del individuo, pudiendo desembocar en problemas psicológicos graves como la depresión.

1.2. Origen y modelos del Síndrome del Burnout.

Lo cierto es que, aunque muchas revisiones teóricas centran la atención en el psiquiatra Herbert Freudenberger como padre del Síndrome del Burnout, este concepto fue descrito y utilizado previamente en la novela “A burn-out case” (Un caso acabado, en español) escrita por el escritor Graham Greene en 1961. Esta novela cuenta la historia de un arquitecto que, tras sentirse desgastado y consumido espiritualmente, decide dejar su cómoda vida atrás y retirarse a la selva africana. En esta novela por primera vez se describe el estado de ánimo del protagonista, quien se sentía frustrado laboral y personalmente, sin motivación y deprimido, con el término Burnout.

Después de la aportación de Graham Green (1961) tuvo que pasar más de una década para que este concepto fuese tratado a nivel científico por el psiquiatra Herbert Freudenberger (1974). Ciertamente, antes que Freudenberger, fue H.B. Bradley quien, en 1969, acuñó el término por primera vez en su obra “*Community-based treatment for young adult offenders*” donde lo utilizaba como metáfora para explicar el comportamiento poco común que expresaban algunos oficiales de policía que trabajaban con delincuentes en libertad condicional. Como particularidad, H.B Bradley acuñó el término como “*Staff Burnout*” y lo utilizaba para referirse al fenómeno psicosocial por el cual los policías mostraban síntomas de depresión y baja motivación debido a los efectos negativos del clima laboral tanto con compañeros como con los reclusos. Fue en esta ocasión la primera vez que se relacionó el síndrome del Burnout con las personas que trabajan con otras personas, es decir, con profesionales que trabajan directamente con personas.

Previamente a H. B. Bradley y H. Freudenberger, hubo otros autores que describieron terminologías similares al Burnout que posteriormente contribuyeron para las investigaciones de H. Freudenberger. En primer lugar, en 1963 Lief y Fox describieron el concepto de “preocupación distanciada” para describir un comportamiento que implica la unión de la compasión con una distancia emocional segura entre trabajador y paciente pues, para describir este concepto se centraron en observar a los profesionales sanitarios de intervención directa. Por otro lado, Zimbardo (1970) describiría el concepto de “deshumanización defensiva” que hace alusión a la necesidad que tenían los trabajadores de defenderse a sí mismo del excesivo peso emocional de tratar como propios los problemas de los clientes o pacientes haciendo que el trato a estos sea más distinta y apático; en otras palabras, este concepto hace referencia a un mecanismo de defensa donde el trabajador trata a los pacientes o usuarios como si fueran meros objetos o problemas a resolver. Ambos conceptos ayudaron a delimitar lo que hoy en día son conocidas como dimensiones del Burnout.

Como se mencionó anteriormente, finalmente fue el psiquiatra germano-estadounidense Herbert J. Freudenberger quien, en 1974, rescataría y profundizaría en el concepto de Burnout descrito por Graham Green (1961), estudiándolo e incorporando el concepto de Burnout a la psicología laboral. Herbert J. Freudenberger trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York y durante sus años allí observó cómo sus compañeros, otros profesionales de la salud, después de un periodo determinado, comenzaban a sufrir una pérdida progresiva de la energía, perdían la empatía con los pacientes empeorando el trato que daban a estos, sufrían una pérdida de motivación, llegando finalmente a un estado de agotamiento con síntomas de ansiedad y depresión. Tras estas observaciones decidió investigar las aportaciones previas de otros autores llegando a concluir que el Burnout no era un mero estado emocional si no una **patología** que, según sus palabras “*es un estado de fatiga o frustración que se produce como resultado de la devoción a una causa, a una forma de vida, o a una relación que no produce las recompensas esperadas*”. Herbert es considerado el padre del Burnout porque fue el responsable de popularizar y divulgar este término, describiéndolo y formulándolo por primera vez como una patología directamente relacionada con la actividad laboral de quien lo sufre. Posteriormente en 1980, Freudenberger finalmente acepto el Burnout como un **síndrome** y ampliaría su definición añadiendo que las cargas de trabajo irracionales que se le imponen al trabajador o que se impone a si mismo o a quienes les rodea, influyen en que este síndrome aparezca en mayor o menor medida. En otras palabras, Freudenberger reconoció que variables como la personalidad, las relaciones sociales y el desempeño en el trabajo influirían en que, ahora sí llamado síndrome, apareciese o no.

Después de Freudenberger, fueron Maslach y Jackson (1981) quienes, adoptando un enfoque psicosocial, sentaron las bases tanto conceptuales como empíricas del síndrome del Burnout, llegando a elaborar el primer instrumento de evaluación de este síndrome, el Maslach Burnout Inventory (mejor conocido como MBI), instrumento que posteriormente sería conocido mundialmente, siendo este el más utilizado actualmente para medir el nivel de Burnout.

La doctora en psicología social Cristina Maslach en el año 1976 presentó por primera vez el Síndrome del Burnout ante la Asociación Estadounidense de Psicología (APA por sus siglas en inglés) describiéndolo como “*un estrés crónico producido por el contacto con los clientes que lleva a la extenuación y al distanciamiento emocional con los clientes en su trabajo*” En esta primera ponencia, Maslach al igual que lo había hecho Freudenberger, determinó que los empleados con trabajos donde asisten o ayudan a los demás son las que más probabilidades tienen de sufrir este síndrome, haciendo especial mención al **personal sanitario**.

Posteriormente en 1981, Maslach junto a Jackson, ampliaría la definición indicando que el Burnout es un síndrome tridimensional que puede ocurrir en individuos que trabajan en contacto directo con los clientes o pacientes. Las tres dimensiones a las que se hace referencia son las siguientes: (1) **Agotamiento emocional**, que es cuando aparece el conflicto de rol y la ambigüedad en el trabajador e implica que el trabajador sea consciente de que ya no tiene el mismo entusiasmo para atender a sus clientes, aquí también aparece el cansancio físico; (2) **Despersonalización**, entiéndase como la deshumanización hacia el usuario o cliente; se manifiesta con actitudes de insensibilidad, indiferencia y apatía; (3) **Baja realización personal**, entendida como la falta de significado del trabajo y el sentimiento de insuficiencia; generalmente se manifiesta con una baja autoestima del trabajador y con un fuerte rechazo hacia el trabajo.

Otra aportación de vital importancia fue la realizada por Farber (en *Stress and burnout in the Human Service Professions*, 1983) quien dio una nueva definición muy completa sobre el síndrome explicando la relación entre el burnout y el ámbito laboral. Para Farber el Burnout surge porque el empleado percibe una discrepancia entre los esfuerzos que realiza y el objetivo que consigue; algo que para él sucede en empleados que trabajan en contacto directo con usuarios problemáticos o necesitados; para Farber, el Burnout es el agotamiento emocional y físico, el distanciamiento y el cinismo hacia los clientes/usuarios, el sentimiento de incompetencia y el rechazo hacia el trabajo.

Para finalizar, destacar el modelo explicativo para el Síndrome del Burnout propuesto Gil-Monte (2005). Este modelo toma como base el de Maslach, pero añadiendo una cuarta variable, la **culpa**, tomando como referencia las reflexiones de Price y Murphy (1984). Este nuevo modelo distingue dos tipos de personas que sufren Burnout, las que tienen una baja ilusión por el trabajo y sufren un desgaste psicológico, pero no sienten culpa y las que tienen los mismos síntomas, pero sintiendo culpa, estos últimos son perfiles muy deteriorados que se encuentran en un nivel avanzado del Burnout. En su modelo, Gil-Monte (2005) afirma que el S.B se puede considerar una forma de acoso psicosocial que se sufre en el trabajo, pero distinto al Mobbing, ya que el Burnout no es respuesta a un acosador sino a un conjunto de estresores.

1.3. Fases del síndrome del Burnout.

Cherniss (1980) describió el Burnout como un proceso donde el comportamiento y las actitudes del trabajador van cambiando de forma negativa en respuesta a los requerimientos de su trabajo,

como son la carga y la presión. Para Cherniss el proceso para que apareciese el Burnout tiene tres fases: la primera es la falta de equilibrio entre los recursos y las demandas del puesto; la segunda fase es el desarrollo de fatiga y la tensión, lo que deriva en agotamiento emocional; y finalmente, la tercera fase es el cambio de actitudes y comportamientos con el entorno que rodea al trabajador.

Edelwich y Brodsky (1980) relacionaron el Síndrome del Burnout con una pérdida progresiva de la motivación y de la energía, haciendo nuevamente alusión a la relación del síndrome con los profesionales de ayuda directa o que tenían personas a su cargo. Al igual que Cherniss (1980), Brodsky postuló que el síndrome pasa por una serie de fases progresivas, aunque, para Brodsky, estas eran cuatro y no tres, siendo estas las siguientes: (1) Entusiasmo, entendido como las expectativas y aspiraciones del trabajador, los altos niveles de energía y la falta de percepción de peligro; (2) Estancamiento, esta fase surge porque el trabajador se da cuenta de que no se cumplen sus expectativas, dando lugar a que aparezcan los primeros síntomas de frustración; (3) Frustración, siendo esta la fase más importante ya que es donde aparecen los problemas emocionales, conductuales y el agotamiento físico; (4) Apatía, siendo la fase donde el individuo ha creado mecanismos de defensa para afrontar esa frustración.

1.4. Potenciadores y consecuencias del Síndrome del Burnout.

Como se ha podido observar a lo largo del texto, los distintos autores asocian el Burnout con una serie de síntomas muy similares, del mismo modo sucede con aquellos factores que parecen influir o potenciar que aparezca este síndrome, es decir, los potenciadores. Para destacar algunas de las aportaciones más relevantes en relación a los potenciadores, es necesario mencionar a Burk y Mikkelsen (2005) quienes afirmaron que el **estrés laboral** es un factor determinante para potenciar la aparición del Burnout, estrés compuesto por seis factores dominantes: sobrecarga de trabajo, falta de control, desequilibrio entre las recompensas y el reconocimiento, poca respuesta de la empresa a las necesidades del empleado, falta de justicia e incompatibilidad entre las características del sujeto, los valores de la empresa y el perfil de cargo que ocupa; otros autores consideran que estos factores en sí e independientemente pueden ser considerados factores potenciadores. Para los autores, el Burnout terminaba manifestándose en absentismo y rotación del trabajador, en este punto ya se habla de consecuencias del Burnout.

A las afirmaciones anteriores, Useche (2008) añade que las malas interacciones con los superiores y compañeros son vitales para que aparezca el síndrome, resaltando la importancia del **clima laboral** para que aparezca o no, aunque esto ya había sido descrito por Maslach y Jackson (2008), muy relacionado a esta afirmación Marrau (2009) que decía que padecer el síndrome suponía como consecuencia un deterioro de las relaciones interpersonales y un aumento de los conflictos. Estas afirmaciones también serían corroboradas por Gil-Monte (1997) quien recalca la importancia del clima laboral y las relaciones interpersonales como factores que influyen de manera directa en la aparición de mayor o menor nivel de Burnout. Finalmente,

Apiquian (2007) reafirmaría los planteamientos iniciales del Burnout determinando que el síndrome suele aparecer en los dos primeros años de profesión o a partir de los 10 años.

Una de las aportaciones más relevantes de Gil-Monte (2003) fue establecer cuatro categorías de consecuencias personales del Burnout: (1) emocionales (distanciamiento emocional, soledad, aislamiento), (2) conductuales (cambios en el comportamiento, actitudes agresivas, cambios de humor), (3) sistemáticos (alteraciones en la salud del empleado); y finalmente, (4) actitudinales (desarrollo de actitudes negativas, hostiles y apáticos ante todo lo relacionado con el trabajo). Junto a estas conclusiones, el autor afirma que las intervenciones han de hacerse a tres escalas: individual, grupal y organizacional. Al contrario que Gil-Monte (1998), Moreno y Peñacoba (1999) consideran que el Burnout es un proceso asociado a la desmotivación y al estrés. Para Moreno, este síndrome tenía tres niveles de consecuencias (conductuales, físicas y psicológica-emocionales) y cuatro factores precipitantes para que aparezca este síndrome (interpersonales, familiares, individuales y organizacionales).

1.5. Instrumentos para medir el Burnout.

Como ya se mencionó el año 1981, Maslach y Jackson crearon el primer instrumento de evaluación sistemática para este síndrome (MBI, mencionado anteriormente) aunque este no se comercializó hasta 1986. Este cuestionario medía las tres dimensiones propuestas por las autoras a través de una serie ítems en forma de afirmaciones a las que se le asignaba una puntuación concreta.

Con el pasar de los años el MBI fue demostrando no ser perfecto ya que la propuesta de Maslach y Jackson (1981) se centraba especialmente en las profesiones asistenciales por lo que el uso de esta herramienta en otras profesiones resultaba bastante problemático, además se acusó a este cuestionario de ser confuso ya que en ocasiones mezclaba los estresores con los síntomas. Con la intención de corregir estos errores, Maslach y Jackson se unen al psicólogo Leiter (1996) y desarrollan el Maslach Burnout Inventory General Survey (mejor conocido por sus siglas MBI-GS) para evaluar el síndrome del Burnout en profesiones no asistenciales. Esta nueva edición supuso un cambio bastante importante porque el Burnout pasó de definirse como un estado de estrés crónico efecto de una interacción entre trabajador y paciente/usuario donde las demandas emocionales del paciente/usuario son superiores a las del trabajador, a definirse como un estado de crisis del trabajador con su propio trabajo sin que esta tenga obligatoriamente que incluir una crisis entre el trabajador y las personas de su trabajo (compañeros, jefes, clientes...). Este nuevo cuestionario mantiene las subescalas del MBI, pero sustituyendo la despersonalización por "cinismo" entiendo este como la indiferencia y distanciamiento frente al trabajo ejecutado, representando el sentimiento de fracaso ante el manejo de los problemas del trabajo y de las tareas del puesto.

Tras estas modificaciones realizadas por Maslach y Leiter en 1996, se puede concretar que existen tres modelos de este cuestionario. El primero es el MBI (Maslach y Jackson, 1986) al que posteriormente se le añadieron las siglas HSS (Human Services Survey) entendiéndose que

se utiliza para trabajos asistenciales. En segundo lugar, está el recién mencionado MBIGS para trabajos no asistenciales. Finalmente, lo que mucha gente desconoce es que existe otra versión del 1986 elaborada por Schwab llamada MBI-ES de Education Services; este cuestionario es igual que el de Maslach, pero cambia la palabra paciente/usuario por alumno y va dirigido a los profesionales de la enseñanza.

Aunque estas herramientas son las más conocidas a nivel mundial, también existen otras como el Burnout Measure (Pines y Aronson, 1988) que es la segunda herramienta más utilizada. Esta herramienta se diferencia notablemente del MBI porque sus tres dimensiones son el cansancio físico, emocional y mental, además, tiene en cuenta el cansancio cognitivo, también es más simple, permite tener una puntuación global del burnout sin detenerse en subescalas lo que también es su mayor desventaja ya que lo vuelve un cuestionario unidimensional.

A parte del MBI, otra de las herramientas más utilizadas es Cuestionario de Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (mejor conocido como CESQT) creado por Gil-Monte (2011) siendo muy similar al de Maslach y Jackson (1981) ya que mantiene la tridimensionalidad propuesta por estas, pero añadiendo la culpa como cuarta dimensión.

Finalmente, destacar que Moreno y cols (1997), tras una revisión del MBI, crearon el Cuestionario Breve del Burnout (CBB) el cual tiene una visión mucho más completa de los elementos presentes en el MBI de Maslach y Jackson (1981) y amplía la dimensión despersonalización, además, el CBB busca obtener una escala global tanto del Burnout, como de los antecedentes y consecuencias.

1.6. Revisión de investigaciones previas.

Desde las primeras nociones del Síndrome del Burnout hechas por Freudenberger (1974) este ha sido asociado al personal sanitario, por lo tanto, a lo largo de las décadas se han realizado infinidad de estudios para profundizar en esta relación entre Burnout y personal sanitario, no obstante, con la reciente crisis sanitaria, se han disparado los estudios e investigaciones sobre los efectos de la pandemia en los índices de Burnout en los sanitarios. Los investigadores y expertos parecen llegar a una concepción clara, existe una correlación positiva entre las demandas laborales derivadas del COVID-19 y un efecto negativo en la salud mental de los empleados, siendo una de sus consecuencias un aumento del nivel de Burnout (Rajkumar, 2020). Por otro lado, si se atiende a investigaciones anteriores sobre el impacto de las crisis sanitarias (como el H1N1¹ o el ébola) en la salud mental del personal sanitario, ya hay constancia de que existe una relación entre una crisis sanitaria y una disminución del bienestar psicológico del personal sanitario, teniendo efectos como la depresión, estrés postraumático, absentismo y Burnout (B. Y.Q Tan, 2020).

¹ Cepa perteneciente a la comúnmente llamada gripe porcina que azotó a la población en 2009.

1.6.1 Estudios alrededor del mundo.

Debido a la escases de recursos y a la lenta actuación de los gobiernos, los países latinoamericanos fueron de los más afectados por la pandemia, por ello existen múltiples estudios procedentes de estos países que son dignos de mención. Comenzando por una investigación sistemática brasileña de octubre de 2020 titulado *“COVID-19 pandemic: Burnout syndrome in healthcare professionals working in field hospitals in Brazil”* (por R. N. y V. T. , Silva Gomes) que viene a determinar que las variables que han contribuido al deterioro de la salud mental del personal sanitario que trabajan en los hospitales de campaña han sido: las condiciones de trabajo desfavorables, la sobrecarga de trabajo y la sensación de impotencia; variables que, según el estudio, también han aparecido en la mayoría de países del mundo. El estudio *“Depresión y síndrome de Burnout en personal de salud durante la contingencia sanitaria por Covid-19”* (A. Mundet, E. Liceaga, 2020) analizó el aumento de síntomas de depresión y Burnout en aproximadamente 1000 sanitarios durante los primeros meses de pandemia determinando que los síntomas habían aumentado un 11'5% y un 25'7% en Burnout y depresión respectivamente, siendo ambos mayores en las enfermeras que en los médicos. Contrario a este estudio están los resultados de una investigación realizada en el personal sanitario ecuatoriano; el estudio *“Síndrome del Burnout en personal sanitarios ecuatoriano durante la pandemia de la Covid-19 ”* (impulsado por la Universidad de Valencia y varias entidades públicas ecuatorianas, 2020) por cuyo resultado tras aplicar el MBI, indica que el 90% de los encuestados mostraba síntomas de nivel moderado a severo, siendo el nivel mucho mayor en médicos que enfermeros.

Más cerca de España, el estudio rumano *“Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic (2020)”* investigó el Burnout en médicos residentes obteniendo que el 76% de la muestra tenía un alto nivel de agotamiento emocional, despersonalización y una baja tasa de logro personal, es decir, tenían un alto nivel de Burnout. El estudio aporta una reflexión más que interesante pues, concluye que ya se ha demostrado con anterioridad que los trastornos del estrés, la ansiedad y la depresión son reacciones comunes ante una pandemia, por lo tanto, es necesario tratar el Síndrome del Burnout como un problema potencial para la salud del personal sanitario.

A nivel europeo, una de las investigaciones más grandes ha sido *“Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis”* realizado en 2020 por investigadores españoles, italianos y británicos. Este estudio demuestra que en Europa el nivel de desgaste emocional del personal sanitario de primera línea ha estado entre medio y alto, desembocando en síntomas tales como la ansiedad, preocupación e insomnio, síntomas depresivos y un alto nivel de estrés, en definitiva, síntomas de Burnout.

1.6.2 Estudios en España.

En nuestro país también se han hecho múltiples investigaciones sobre el Burnout y su relación con la crisis sanitaria. Comenzando por el estudio "Desgaste emocional en los profesionales sanitarios en tiempos de COVID-19" de Paloma Ruiz Sastre (2021) el cual se centra en el uso del MBI en personal sanitario durante la segunda ola de contagios. El mencionado estudio determinó que la muestra (compuesta por personal sanitario andaluz) tenía un nivel elevado de desgaste emocional (61,5%) siendo especialmente alto en los sanitarios que percibían tener pocas medidas de protección ante el virus; el nivel de despersonalización era medio (más del 40%); y finalmente, el nivel de autorrealización de la muestra fue bajo (33%), situación que empeoraba en los sanitarios que trabajaron de manera directa con pacientes contagiados.

Otro estudio reciente y destacable ha sido el realizado por varias universidades españolas y publicado en la edición especial de la revista online Sostenibilidad y titulado "*Burnout entre trabajadores de atención directa en residencias de ancianos durante la pandemia de COVID-19 en España: un enfoque preventivo y educativo para lugares sostenibles (2020)*". Este estudio muestra que los niveles de Burnout de la muestra analizada fueron excesivamente altos, destacando los altos niveles en agotamiento emocional (54% de los trabajadores padece agotamiento emocional), seguidos de un nivel alto de despersonalización (35% de los trabajadores presentan síntomas de despersonalización), finalizando con un nivel bajo de realización personal (15,6%). Este estudio además refleja que 21% de la muestra manifestó necesitar apoyo y asistencia psicológica y el 41% consideró que es posible que necesiten apoyo psicológico o psiquiátrico, a esto se le suma que el 90% de los encuestados consideran que este apoyo ha de venir desde la propia entidad donde trabajan. El estudio también mostró que la mayoría de la muestra eran mujeres, destacando el papel de las auxiliares de enfermería quienes sufren más burnout, concretamente más agotamiento emocional y despersonalización, mientras que las enfermeras tienen menor grado de agotamiento emocional. Finalmente, destaca la diferencia de resultados en centros concertados y públicos, siendo los niveles de despersonalización (75%) y agotamiento emocional (71%) mayores en los centros concertados. El estudio concluye que es necesario ofrecer asistencia psicológica en los centros de trabajo para el personal sanitario. Relacionado con el estudio anterior, la investigación "*El efecto de la pandemia en la salud y Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería*" de la Universidad de Jaén (2022) corrobora que las enfermeras de la UCI tienen altos niveles de Burnout y se determina nuevamente que hay razones de peso para considerar la necesidad de establecer protocolos de actuación psicológica dirigidas al personal sanitario.

En Canarias, se puede destacar la investigación "*Evolución del Burnout del personal de Enfermería en la planta de Medicina Interna del Servicio Canario de Salud*" de Lara Sariñena (2020). Aunque menos específico que la presente investigación, esta estudió el Burnout en el personal de enfermería del Medicina Interna del Hospital Insular durante los primeros meses de la pandemia, determinando que el 36% de la muestra presentaba niveles medios de Burnout,

concretamente, el 28% presentó niveles medios de agotamiento emocional, el 55% presentó despersonalización y un 40% de ilusión por el trabajo.

Finalmente, es necesario mencionar el estudio "*Evolución del impacto psicológico de la crisis sanitaria de la COVID-19 en profesionales sanitarios (2021)*" ya que hace una comparación entre la situación psicológica de los sanitarios durante la primera y la segunda ola de contagios. Este estudio muestra que un 78% de los sanitarios encuestados mostraron altos niveles de Burnout durante la segunda ola, destacando el alto agotamiento emocional. Esta investigación también buscaba conocer los factores que impulsaban al burnout, siendo estos la preocupación por un posible contagio, la toma de decisiones difíciles y la preocupación por el estado emocional propio; además este estudio logro identificar que el pensamiento positivo fue utilizado como estrategia de afrontamiento durante la segunda ola. Lo interesante de este estudio reside en que muestra como el paso del coronavirus ha supuesto un aumento progresivo del Burnout y de los síntomas depresivos, teniendo como consecuencia un impacto psicológico severo en el tejido sanitario de nuestro país. Por último, este estudio también muestra que el 78% de los sanitarios no ha recibido asistencia psicológica por parte de sus centros de trabajo, hecho que contradice al informe "*Intervenciones de salud mental para trabajadores sanitarios durante la primera ola de pandemia de COVID-19 en España*" que expone que, tras una investigación en 32 hospitales españoles, un gran número de hospitales han desarrollado intervenciones de salud mental para sus empleados durante la pandemia, ofreciendo una amplia gama de modalidades y técnicas terapéuticas, aunque el estudio reconoce que estas intervenciones no han sido insuficientes o no han estado bien estructuradas por dejar de lado variables como el Burnout.

2. Metodología

Para responder a la hipótesis inicial de esta investigación, es necesario disponer de datos realistas, actualizados y objetivos sobre el nivel de Burnout actual en el personal sanitario, para ello se ha optado por la recogida, y posterior análisis, de datos cuantitativos por medio de una serie de cuestionarios. En este sentido, la metodología principal de esta investigación se basa en obtener la información de fuentes primarias por medio de cuestionarios cerrados que se administraran a una muestra concreta en un entorno específico.

2.1 Cuestionarios

La herramienta utilizada para esta investigación será un formulario compuesto por varias preguntas cerradas que tienen el objetivo de separar y delimitar los distintos factores que componen el Síndrome del Burnout: despersonalización, agotamiento personal y baja realización personal. Siendo más concretos, el formulario administrado a la muestra, es una recopilación de tres cuestionarios distintos, los cuales se explicarán a continuación.

En primer lugar, como la mayoría de las encuestas, el cuestionario administrado comienza con unas preguntas demográficas relativas a la edad, al sexo y también referidas puesto que ocupan los encuestados. A continuación de estas preguntas filtro, se realizan una serie de preguntas que tienen el objetivo de conocer la situación previa de los sanitarios en relación a la crisis sanitaria del COVID-19, es decir, estas preguntas buscan conocer cuál era el nivel de desgaste profesional aproximado de los sanitarios antes de que comenzará la crisis del Coronavirus.

Este primer cuestionario se compone de 10 preguntas de elaboración propia (véase el Anexo 1) y tienen la intención de medir los tres factores principales del Síndrome del Burnout en el momento anterior al comienzo de la crisis sanitaria en España.

En segundo lugar, se encuentra el cuestionario por excelencia sobre el síndrome del Burnout, el **Maslach Burnout Inventory (MBI)**. Este cuestionario está constituido por 22 enunciados en forma de afirmaciones sobre las actitudes profesionales y los sentimientos de los encuestados; a su vez, su estructura se compone de tres subescalas o bloques de preguntas que buscan medir los tres factores principales de este síndrome (véase Tabla 1.), de manera que la primera subescala atiende al cansancio o agotamiento emocional componiéndose de nueve ítems; la segunda subescala se compone de cinco ítems relativos a la despersonalización; y finalmente la tercera subescala relativa a la realización personal y profesional, compuesta por ocho ítems. Todas las afirmaciones se contestan asignando una puntuación del 0 al 6 considerando el grado en el que la persona encuestada se identifica o no con esa afirmación, siendo el cero “nunca” (me identifico con esa situación) y el seis “todos los días” (me identifico con esa situación). Finalmente, una vez se ha completado el cuestionario, se suma por separado la puntuación asignada a los ítems de cada subescala para determinar si la persona encuestada padece de Burnout y en qué medida.

Tabla 1. Estructura del cuestionario MBI.

Subescala	Ítems (Enunciados)	Puntuación máxima
Agotamiento emocional	9 (1,2,3,6,8,13,14,16,20)	54
Despersonalización	5 (5,10,11,15,22)	30
Realización personal	8 (4,7,9,12,17,18,19,21)	48

Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, el formulario utilizado para esta investigación también incorpora el **Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo**, mejor conocido por sus siglas **CESQT**. Como se explicó anteriormente, este cuestionario fue creado por el Catedrático en psicología Pedro Gil Monte, su última actualización fue en el año 2011 y está construido específicamente para trabajadores cuya actividad profesional implique el atendimento a personas. Este, a diferencia del cuestionario de Maslach, mide cuatro subescalas, añadiendo la culpa a las tres ya introducidas por el Maslach y Jackson. En este sentido, el cuestionario de Gil-Monte mide la ilusión por el trabajo, el desgaste psíquico, la indolencia y finalmente, la culpa, que evalúa la presencia de sentimientos de culpabilidad por el propio comportamiento y las actitudes negativas hacia los compañeros de trabajo y usuarios (clientes, pacientes etc.).

El CESQT se compone de 20 enunciados en forma de afirmación a los que hay que asignar una puntuación del 0 al 4 en relación al grado de conformidad del encuestado con dichos enunciados; de este modo, el cero representaría al "Nunca me identifico con esa situación" y el cuatro representaría "Muy frecuentemente o todos los días me identifico con esa situación". Al igual que con el cuestionario MBI, una vez completado se ha de sumar las puntuaciones de las tres primeras escalas, obteniendo así una puntuación para cada una de ellas y una puntuación global sobre el nivel de Burnout del sujeto encuestado. Por otro lado, la subescala culpa suma su puntuación de forma independiente, ya que esta se contempla por separado para poder distinguir dos tipos de perfiles: el que presenta altos niveles de culpa por estar quemado en el trabajo y el que no tiene niveles de culpa por sentirse quemado en el trabajo.

Tabla 2. Estructura y evaluación de resultados del cuestionario CESQT.

Subescalas	Ítems	Cálculo
Ilusión por el trabajo	1,5,10,15,19	Suma de valores invertidos / 5
Desgaste psíquico	8,12,17,18	Suma de valores / 4
Indolencia	2,3,6,7,11,14	Suma de valores / 6
TOTAL	Valores de subescalas / 3	Puntuación ≥ 2 = Burnout
Culpa	4,9,13,16,20	Suma de valores / 5
	Puntuación < 2 = Perfil 1	Puntuación ≥ 2 = Perfil 2

Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, mencionar que el formulario utilizado para el estudio viene acompañado de un breve texto informativo que explica los fines estrictamente académicos de esta investigación, la

metodología seguida para recoger los datos, garantizando el anonimato de los encuestados y la protección y seguridad de sus datos personales en base a lo expuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, todo esto tiene el objetivo de aumentar la participación de las personas en el estudio.

En conclusión, con la combinación de estos dos cuestionarios relativos al Síndrome del Burnout (MBI y CESQT) se pretende, por un lado, conseguir una visión lo más exacta y fiable posible sobre el nivel de Burnout actual del personal sanitario tras la reciente crisis pandémica y, por otro lado, se busca aportar un valor añadido a la investigación ya que en la mayoría de estudios previos sobre este síndrome se opta por usar solo uno de los dos modelos de encuesta, por eso la presente investigación ha decidido utilizar ambos cuestionarios ya que la escala de la Culpa (del cuestionario CESQT de Gil-Monte, 2011) aporta una interpretación más analítica e interesante para responder a la hipótesis inicial del presente trabajo.

2.2 Muestra

Para esta investigación se ha optado por aplicar el formulario mencionado en el punto anterior a personal sanitario de distintas áreas dentro de la profesión. En este sentido lo que se pretende lograr es una visión generalista de la situación del burnout dentro del sector, por ello es necesario investigar a profesionales sanitarios con distintas funciones, responsabilidades y de diversos centros de trabajo.

El tamaño de la muestra analizada es de 114 profesionales del sector sanitario. Los participantes de esta investigación proceden de diversos centros de trabajo propios del sector, centros de trabajo tales como: hospitales, residencias de mayores dependientes, centros de salud, centros sociosanitarios y centros de vacunación. Los participantes encuestados pertenecen a las siguientes categorías profesionales dentro del sector sanitario: auxiliares de enfermería, enfermeros/as con distintas especialidades, médicos y doctores.

La muestra analizada pertenece en su totalidad a la isla de Gran Canaria pues se decidió acotar el territorio de la muestra para conseguir unos datos más representativos. Por otro lado, estudiar los efectos de la crisis pandémica en el personal sanitario canario resulta un añadido de interés al presente estudio, ya que se pueden realizar comparaciones con las investigaciones españolas mencionadas en el marco teórico. Sin perjuicio de lo anteriormente comentado, es importante destacar que en Canarias la crisis sanitaria siguió una evolución ligeramente distinta al resto de España, pues en Islas Canarias las olas de contagio llegaban más tarde y las restricciones y medidas preventivas fueron de las más estrictas.

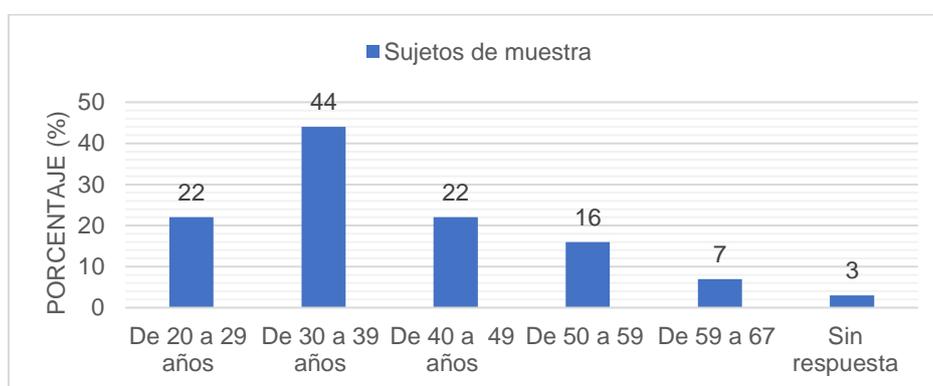
Para esta investigación, la muestra seleccionada ha de cumplir dos requisitos. En primer lugar, haber estado activo desde antes del 2019 hasta la actualidad para poder hacer una comparación de la evolución del síndrome del Burnout en el sujeto antes y después de la crisis del Coronavirus. En segundo lugar, el requisito es que los encuestados tengan una edad comprendida entre los 19 y 70 años ya que, el Consejo General de la Psicología de España considera que el

cuestionario de Gil-Monte (2011) proporciona unos resultados más fiables en personal con edades comprendidas entre las mencionadas.

2.2.1 Datos demográficos

En primer lugar, de la muestra un 60% han sido mujeres, mientras que un 36% de los encuestados han sido hombres y finalmente un 5% encuestados han preferido no decirlo. En relación a la edad, la muestra ha sido muy diversa pues se ha encuestado a gente comprendida entre los 24 y 62 años, concentrándose la mayor parte de la muestra en el tramo entre los 30 y 40 años. A modo de resumen, en el siguiente gráfico se muestran la edad de los encuestados en tramos de 10 años.

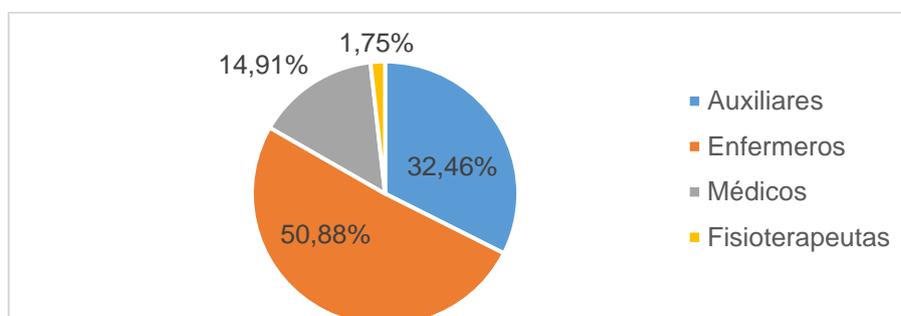
Graf. 1. Edad de la muestra en grupos y totales.



Fuente: Elaboración propia.

En relación al puesto de trabajo, la muestra se ha movido en 4 categorías, predominando el personal de enfermería (58 sujetos) y el personal de auxiliar de enfermería (37 sujetos), seguido de los médicos (17 sujetos) y finalmente, 2 fisioterapeutas. Cabe destacar que algunas personas contestaron con “gerocultor/a” pero se ha de tener en cuenta que en muchas residencias sociosanitarias al personal se le contrata con esa categoría profesional, aunque ejerzan funciones de auxiliares de enfermería, por ello a esta parte de la muestra (2 personas) se les tendrá en cuenta como auxiliares de enfermería.

Graf. 2. Categorías profesionales de la muestra en porcentajes (%).



Fuente: Elaboración propia.

La forma de acceder a esta muestra ha sido posible gracias a la colaboración y participación de los distintos encargados/as y directores/as de los centros de trabajo mencionados anteriormente

a quienes se les explicó previamente la finalidad de la investigación, los objetivos que se buscaban con el estudio y las hipótesis que se querían demostrar.

2.3 Método de difusión y recogida de datos

La primera fase para realizar esta investigación fue desarrollar y testear el cuestionario por Google Forms. Optar por un formulario digital y online favorece notablemente su difusión ya que mejora su accesibilidad para los encuestados. Este último punto supone otra gran ventaja, la optimización del tiempo, pues enviar los formularios vía online agiliza la recogida de los datos evitando esperas y proporcionando los datos de manera inmediata.

Por otro lado, difundir el formulario vía online facilita acceder a una muestra mayor, pues supone una comodidad y un atractivo para los encuestados. Las personas se sienten más dispuestas a dedicar 15 minutos de su tiempo a contestar un cuestionario online que en papel ya que el digital es más interactivo y se percibe menos. Finalmente, destacar que este método de difusión y distribución resulta mucho más positivo para el medioambiente ya que se ahorra papel, tinta, sobres etc.

La siguiente fase se centró en buscar colaboradores. Para poder acceder a una mayor muestra, el primer paso se fue en establecer contacto con el personal encargado de los equipos de trabajo de distintos centros sanitarios y explicarles la finalidad, interés social, científico y académico de la investigación y la hipótesis de la que parte el presente trabajo. Se contactó con el coordinador del mayor centro de vacunación de la isla de Gran Canaria, se contactó con la jefa de enfermería de uno de los dos hospitales principales de la isla y se estableció contacto con la directora de un centro sociosanitario que a su vez ayudó a difundir el cuestionario por otros centros. Ciertamente se intentó establecer contacto con otras entidades, pero no hubo una respuesta positiva.

La tercera fase se centró en la difusión y distribución del cuestionario. Para ello, el formulario fue enviado digitalmente a los diferentes encargados/as, coordinadores/as o directores/as de los centros de trabajo de los encuestados quienes, a su vez, se encargarían de manera voluntaria de distribuir el formulario a través de WhatsApp a otros sanitarios con quienes tuviesen contacto. Para esta fase, se determinó un plazo de 20 días, después el cuestionario fue cerrado para que las nuevas respuestas no alterasen los datos.

La recogida de datos se hacía de manera automática, ya que la herramienta del Google Formularios proporciona los datos en tiempo real, por lo cual los datos fueron registrándose automáticamente en un Excel, que posteriormente sería utilizado para realizar la conversión de los datos y convertir estos en gráficos que permitiesen un análisis visual y sencillo de los resultados. Finalmente, con los datos recogidos se ha hecho un estudio descriptivo-correlacional, obteniendo los datos estadísticos descriptivos a partir del análisis estadístico realizado con los complementos de Excel.

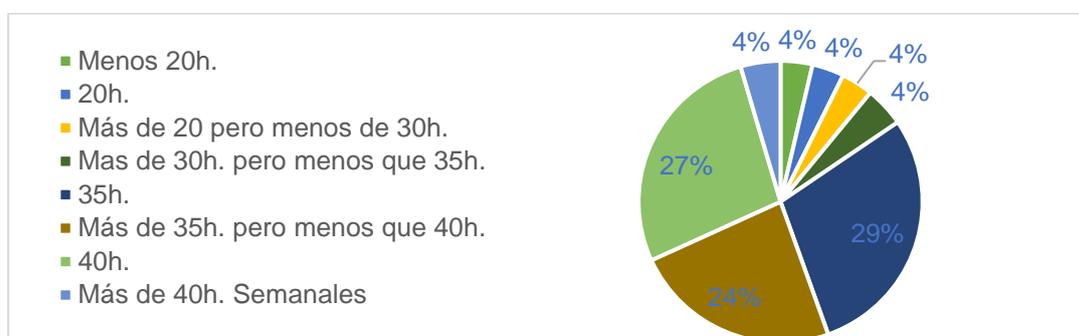
3. Análisis de resultados

3.1 Resultados del cuestionario de la situación previa.

Para poder hacer una comparación entre el estado del Burnout en los sanitarios antes y después de la crisis sanitaria es necesario plantear una serie de preguntas que proporcionen información suficiente para hacer una idea aproximada de la situación de estos profesionales antes de la crisis del COVID-19. A continuación se exponen los resultados de esas preguntas.

En primer lugar, se hacen una pregunta relativa al número de horas que la muestra trabajaba antes de la crisis sanitaria. Para facilitar la comprensión de los datos, ya que era una pregunta de respuesta abierta, en el gráfico 3 se muestran, de manera resumida, las horas aproximadas que trabajaban los sujetos de la muestra antes de la crisis sanitaria:

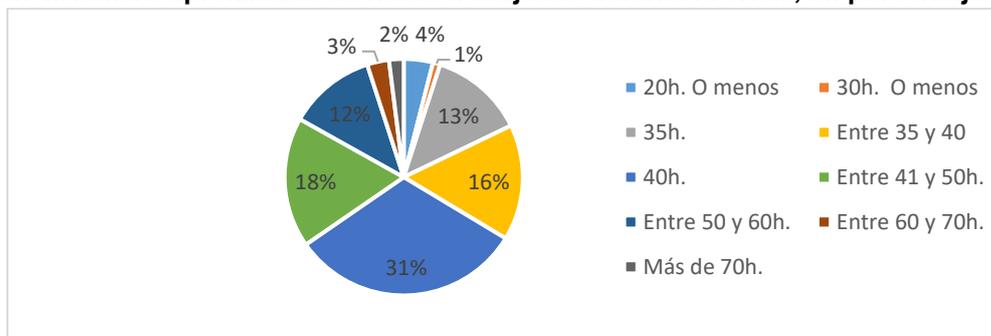
Graf. 3. Número de horas semanales trabajadas antes del COVID-19, en porcentajes (%).



Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico podemos observar que el 29% de la muestra antes de la crisis sanitaria trabajaba 35 horas semanales, que es la jornada habitual en centros hospitalarios. Seguido, hay un 27% de la muestra que trabajaba a jornada completa de 40 horas semanales y un 24% de los encuestados se maneja entre 35 y 40 horas semanales, lo cual tiene sentido pues en muchos centros sanitarios recogen una jornada diaria de 7 horas. Lo que es importante a destacar es que solo un 4% trabajaba más de 40h., hecho que difiere mucho de la comparación con las horas trabajadas durante la crisis sanitaria mostradas a continuación en el gráfico 4.

Graf. 4. Número aproximado de horas trabajadas durante la crisis, en porcentajes (%)

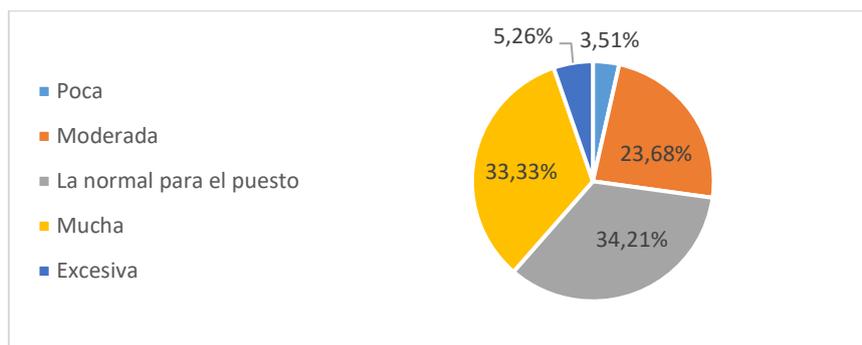


Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico se puede observar que hay una notable subida de horas semanales trabajadas, representándose un 16% de las respuestas entre 35 y 40 horas semanales, seguido de un 31% de las respuestas en 40 horas semanales y finalmente un 18% de las respuestas situadas entre 40 y 50 horas semanales. Destaca, sobre todo, que un 17% de la muestra haya trabajado más de 50 horas semanales, llegando incluso a superar los 70. Es importante remarcar que, al ser una pregunta abierta, muchas personas contestaron no saber exactamente cuantas horas de más trabajaban, pero que estaban seguras de haber trabajado muchas más que antes de la crisis sanitaria. Esta comparación nos muestra que la carga de trabajo fue mucho mayor durante la crisis sanitaria, sabiendo que este es uno de los factores potenciadores del Burnout, ya se puede ir intuyendo que el nivel de este en los sanitarios habrá aumentado tras la crisis sanitaria.

Para completar las dos preguntas anteriores, se preguntó sobre como percibían los encuestados la **carga de trabajo** antes de la pandemia. El 34% de la muestra consideran que la carga de trabajo antes de la pandemia correspondía con lo habitual en sus puestos, un 23,7% de la muestra considera que la carga era moderada, sin embargo, el 33% ya consideraba que la carga de trabajo ya era mucha antes de la crisis sanitaria.

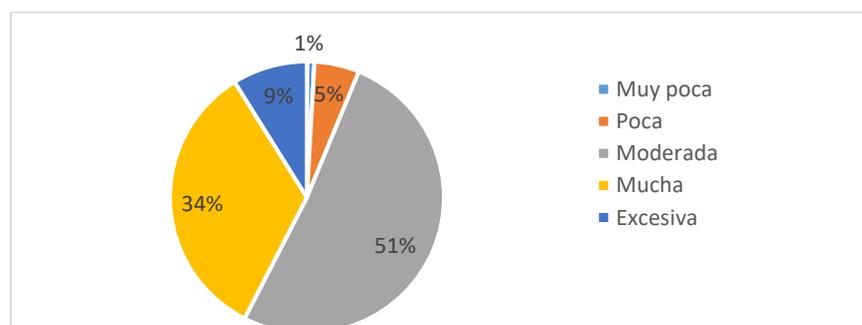
Graf. 5. Percepción de la carga de trabajo antes de la crisis sanitaria, en porcentajes (%)



Fuente: Elaboración propia.

Similar a la pregunta anterior, se le consultó a la muestra sobre la **responsabilidad** en sus puestos antes de la pandemia. El 51% de la muestra, más de la mitad, considera que la responsabilidad era moderada, sin embargo, un 34% considera que era mucha, frente a un 9% que la consideraba excesiva.

Graf. 6. Percepción de la responsabilidad antes de la crisis sanitaria, en porcentajes (%).



Fuente: Elaboración propia.

Junto a esta pregunta relativa a la responsabilidad, se preguntaba directamente a la muestra si consideran que la responsabilidad aumentó cuando empezó la crisis sanitaria; un aplastante 83% consideran que sí, frente a un 9% que creen que no y un 8% que no están seguros. Esta pregunta es de gran interés pues, como se ha visto en el marco teórico, el exceso de responsabilidad mal gestionada puede ser un desencadenante para que aparezcan los primeros síntomas del Burnout.

En otro orden de cosas, se preguntó a la muestra sobre si sienten que el trato al paciente se vio perjudicado negativamente durante los meses de pandemia. El 71% creen que sí, frente a un 18% que creen que no. El resto (11%) no estaba seguro.

En la pregunta relativa a la **eficiencia personal**, 83% de la muestra considera que era eficiente en su trabajo antes de la crisis sanitaria, el 12% no está seguro y 5% considera que no lo era. Esta pregunta permitirá hacer una comparación directa con los resultados de la dimensión relativa a la eficacia en el cuestionario MBI. Estos resultados muestran otra problemática no planteada antes en el presente estudio, pues el 12% de la muestra no es capaz de identificar si era eficiente en su trabajo o no, lo que podría estar mostrando un problema de falta de retroalimentación y reconocimiento a los empleados sanitarios.

A la muestra se le solicitó que respondiesen a la afirmación "*Antes de la crisis sanitaria, generalmente sabía cómo actuar ante las distintas situaciones que acontecían a lo largo de la jornada*" con la intención de conocer que percepción sobre el control de su puesto tenían antes de la crisis sanitaria y también conocer si se sentían que realizaban con eficacia sus trabajos. Casi el 90% consideran que, si sabían controlar las situaciones en su trabajo, casi un 8% no está seguro y tan solo un 3% sentían no saber cómo actuar en su jornada.

En la pregunta relativa al **entusiasmo**, un 90% de la muestra considera que sí le entusiasmaba ir a su trabajo antes de la crisis sanitaria, mientras que un 5% consideraba que no y el mismo porcentaje no estaba seguro.

La penúltima pregunta de este primer cuestionario versa sobre el clima laboral. En ella se pregunta a los encuestados si el **clima laboral** era mejor antes de la crisis sanitaria. Los resultados muestran que el 68% de la muestra considera que sí lo era, por lo tanto, se puede deducir que ahora ha empeorado porque consideraban que antes era mejor, el 16% no está seguro y el mismo porcentaje cree que el clima laboral era igual antes y después de la pandemia. Si se atiende a las investigaciones citadas en el marco teórico, el clima laboral se encuentra entre los factores claves que influyen directamente en que aparezcan los síntomas del Burnout, pero, además, el empeoramiento de las relaciones con los compañeros y superiores es en sí mismo un síntoma de padecer el síndrome.

Finalmente, el cuestionario cierra preguntando sobre la seguridad física y psicológica percibida por los trabajadores antes de la crisis sanitaria. A esta cuestión, el 86,8% de los encuestados

contestaron si sentirse más seguros antes de la crisis sanitaria, el 8,8% contestó que no se sentían más seguros que ahora y el resto (4,4%) contestó no estar seguro.

Con los resultados de este primer cuestionario se pueden sacar las primeras conclusiones. La aparición del COVID-19 supuso un aumento bastante elevado de la carga de trabajo de los sanitarios, aumentando por tanto el número de horas que estos trabajaban. De igual manera aumentó la responsabilidad y la inseguridad en el trabajo, teniendo consecuencias directas y negativas en el clima laboral, en el sentimiento de eficacia de los encuestados y en el trato al cliente.

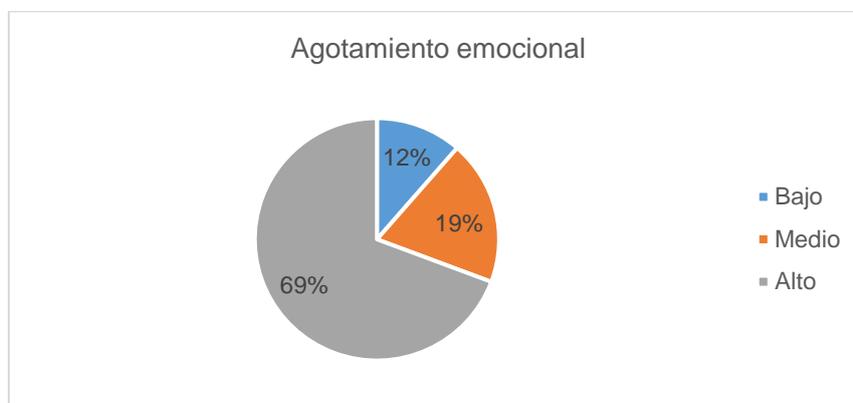
3.2 Resultados del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)

Para analizar los resultados del MBI, se hará una distinción por categorías y finalmente se analizarán las tres categorías en su conjunto y diferenciando primero por sexos y posteriormente por categorías profesionales.

3.2.1 Agotamiento emocional.

La variable agotamiento emocional hace referencia a la sensación de estar cansado emocionalmente en el puesto de trabajo. En el gráfico 8 se muestran los niveles (alto, medio y bajo) del personal sanitario encuestado.

Graf. 7. Niveles de agotamiento emocional de la muestra, en porcentajes (%)



Fuente: Elaboración propia.

De menos a más; un 12% de la muestra, presenta un nivel bajo de agotamiento emocional en su trabajo. El 19% de la muestra, muestran un nivel medio de agotamiento emocional. Finalmente, el 69% de la muestra, presenta un alto nivel de agotamiento emocional.

Estos resultados se traducen en que más de la mitad de la muestra tiene un nivel alto de agotamiento emocional probablemente causado por la excesiva carga de trabajo y por el aumento de las responsabilidades comprobado en el cuestionario anterior. Estos datos reflejan un desequilibrio entre lo que el personal sanitario ha dado (y continúa dando) y lo que recibe. Sabiendo que esta dimensión es clave dentro del Burnout por sus consecuencias en la vida del empleado, podemos ir intuyendo que gran parte de la muestra tendrá Burnout.

3.2.2 Despersonalización.

La dimensión despersonalización hace referencia al desarrollo de aptitudes negativas, cínicas e incluso insensibles hacia las personas a las que va destinada el trabajo, es decir, a los pacientes, pero también hace referencia a la pérdida de interés por el trabajo.

Graf. 8. Niveles de despersonalización de la muestra, en porcentajes (%).



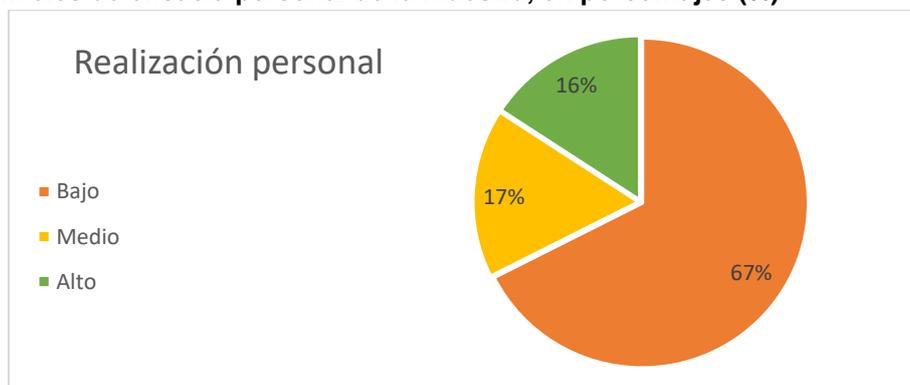
Fuente: Elaboración propia.

De menos a más; tan solo el 6% de la muestra (7 personas) presenta un nivel bajo de despersonalización, mientras que un 10% (11 personas) muestran un nivel medio. Lo realmente impresionante es que un 84% de la muestra (96 personas) muestran niveles altos de despersonalización. Estos resultados muestran que la inmensa mayoría de la muestra ha perdido un interés por el trabajo, perjudicando el servicio al paciente, lo cual es crítico teniendo en cuenta el sector al que pertenecen. Con estos niveles tan altos de despersonalización ya se puede afirmar que existe síndrome de Burnout en gran parte de la muestra.

3.2.3 Eficacia personal.

Como ya se ha mencionado anteriormente, la eficacia personal hace referencia a los sentimientos de auto eficiencia en el trabajo, a como los sujetos valoran su desempeño en el trabajo.

Graf. 9. Niveles de eficacia personal de la muestra, en porcentajes (%).



Fuente: Elaboración propia.

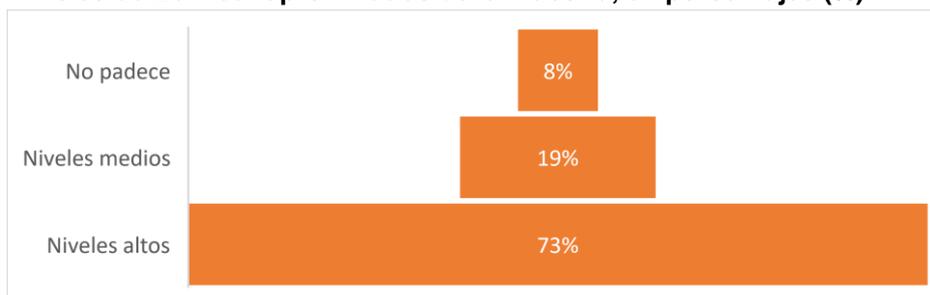
Es importante aclarar que en esta dimensión los niveles bajos son los peligrosos, pues son los que indican que existe una auto desvalorización. En el gráfico se puede observar que un 67% de la muestra, es decir, unas 77 personas, presentan un nivel bajo de eficacia personal, a este resultado le sigue un 17% (19 personas) que presentan un nivel medio y, finalmente, un 16% (18 personas) presentan un nivel alto de eficacia personal.

Comparando estos resultados con los del cuestionario previo relativo a la situación de los sanitarios antes de la crisis pandémica, se puede observar un fuerte contraste ya que, en la pregunta relativa a la percepción de la eficacia personal un 83% de los encuestados consideraban ser eficientes antes de la pandemia, lo que contrasta bruscamente con este 67% de baja eficacia personal. Atendiendo al cuestionario previo, casi un 90% de la muestra sabía cómo actuar eficientemente ante las situaciones que ocurrían en su jornada; si se compara este resultado con los del MBI, se puede apreciar nuevamente como se ha producido una pérdida del sentimiento de eficacia personal. Queda bastante visible como la crisis sanitaria supuso un antes y un después en la eficacia personal percibida por los empleados sanitarios.

3.2.4 Resultados generales.

Si se observan los resultados de cada una de las dimensiones anteriores puede verse claramente como existe un nivel alto de Burnout en el personal sanitario analizado. Si a estos resultados le añadimos los vistos en el cuestionario anterior, queda reflejado claramente como la situación de los sanitarios ha empeorado desde la aparición del COVID-19, pues la mayoría de la muestra considera que ha aumentado la responsabilidad, que el trato al paciente ha empeorado al igual que el clima laboral y que antes estaban más seguros. Analizando detenidamente los resultados del MBI se puede hacer un aproximado de la distribución de niveles de Burnout en la muestra.

Graf. 10. Niveles de Burnout aproximados de la muestra, en porcentajes (%).



Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico 10 se puede observar cómo un 73% de la muestra presenta niveles altos de Burnout. Se puede contemplar que un 19% de la muestra presenta niveles medios de Burnout, es decir, son aquellas personas que presentan niveles medios en las tres dimensiones o padecen un nivel alto en alguna de ellas, aunque los niveles sean bajos en el resto. Finalmente se puede observar que tan solo un 8% de la muestra encuestada no ha presentado niveles de Burnout.

Estos resultados, aunque aproximados, son alarmantes ya que reflejan que una gran parte del personal sanitario Canario ha sufrido un empeoramiento de su bienestar a raíz de la crisis

sanitaria, desembocando en niveles peligrosamente altos de Burnout. El análisis de resultados refleja sin lugar a dudas que es necesario una intervención inmediata en los distintos centros de trabajo de la muestra para apaliar o impedir las consecuencias físicas, psicológicas, emocionales y conductuales que pueden surgir (o ya han surgido) en la muestra. Todo ello sin olvidar las consecuencias que esto supone para el sector, pues unos niveles altos de Burnout implican un aumento de la insatisfacción y de la desmotivación, lo que a su vez puede traducirse en un aumento de la rotación y del abandono e incluso en una pérdida de la calidad de los servicios.

3.2.5. Datos estadísticos descriptivos del cuestionario MBI.

A continuación, en la Tabla 3 se muestran los datos estadísticos descriptivos de las tres dimensiones del cuestionario MBI.

Tabla 3. Datos estadísticos descriptivos del MBI

Agotamiento emocional		Despersonalización		Eficacia personal	
Media	3,56	Media	3,24	Media	3,73
Error típico	0,12	Error típico	0,11	Error típico	0,09
Mediana	3,44	Mediana	3,4	Mediana	3,75
Moda	3,11	Moda	3,4	Moda	4,12
Desviación estándar	1,30	Desviación estándar	1,28	Desviación estándar	1,03
Varianza de la muestra	1,69	Varianza de la muestra	1,63	Varianza de la muestra	1,07
Curtosis	-0,48	Curtosis	-0,32	Curtosis	-0,69
Coficiente de asimetría	-0,11	Coficiente de asimetría	-0,16	Coficiente de asimetría	-0,09
Rango	5,44	Rango	5,6	Rango	4,37
Mínimo	0	Mínimo	1,5	Mínimo	1,5
Máximo	6	Máximo	5,87	Máximo	5
Cuenta	114	Cuenta	114	Cuenta	114
Nivel de confianza (95%)	0,24	Nivel de confianza (95%)	0,23	Nivel de confianza (95%)	0,19

Fuente: Elaboración propia.

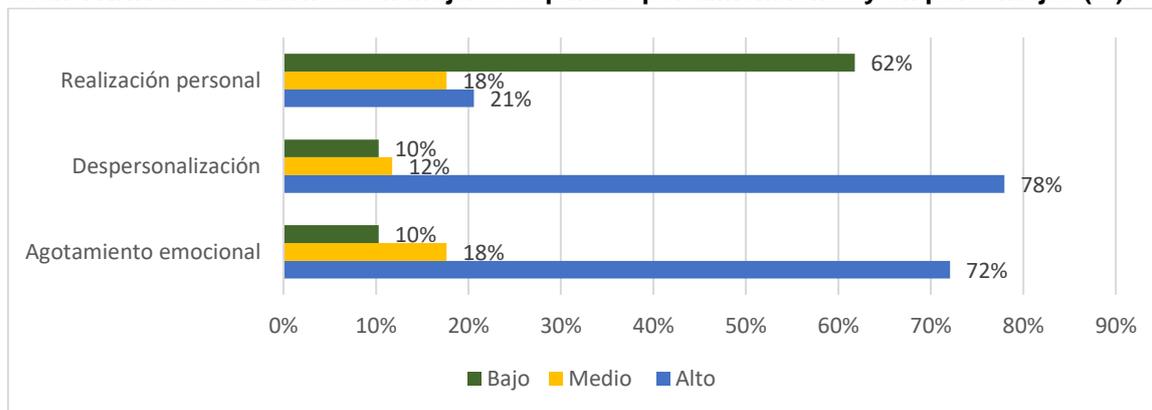
Entre los datos de la Tabla 3, destacan las puntuaciones promedias de las tres dimensiones, siendo en la dimensión Agotamiento Emocional de 3,56; en Despersonalización de 3,24 y, finalmente, en Eficacia Personal de 3,73. Las desviaciones estándar estuvieron entre 1,30 en

Agotamiento Emocional, 1,28 en Despersonalización y 1,03 en Eficacia Personal. El coeficiente de asimetría muestra unas puntuaciones negativas en las tres variables lo que indica una tendencia hacia las puntuaciones altas, de igual manera sucede con las puntuaciones del coeficiente de curtosis pues las tres variables presentan puntuaciones negativas lo que significa una reducida concentración de los valores centrales de la distribución.

3.3. Niveles de Burnout por sexo.

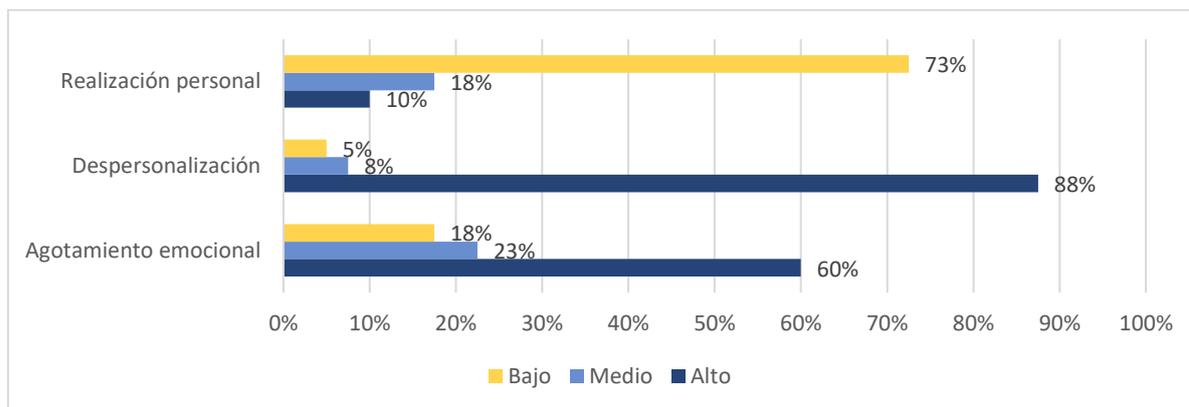
Sin necesidad de entrar en un análisis sociológico, culturalmente el trabajo de cuidados siempre se ha asociado al rol de la mujer, por lo que existe una feminización de las profesiones sanitarias, hecho que se ha podido observar en el análisis de los datos demográficos de la muestra. Esta situación lleva a plantearse si las dimensiones del Burnout se presentan de manera desigual entre hombres y mujeres, por ello, a continuación, se muestran en los gráficos 11 y 12 los niveles de Burnout en cada una de las dimensiones del síndrome en mujeres y en hombres.

Graf. 11. Niveles de Burnout en mujeres separado por dimensiones y en porcentajes (%).



Fuente: Elaboración propia.

Graf. 12. Niveles de Burnout en hombres separado por dimensiones y en porcentajes (%).



Fuente: Elaboración propia.

Si se comparan ambos gráficos, a simple vista se puede ver que las tres dimensiones presentan niveles muy similares entre ambos sexos, es decir, tanto en hombres como en mujeres el nivel de realización personal es mayoritariamente bajo y el nivel de agotamiento emocional es mayoritariamente alto en ambos sexos.

Sin perjuicio a lo comentado anteriormente, dentro de cada dimensión los porcentajes de prevalencia sí que varían. Si se presta atención a la dimensión Realización Personal, aunque la mayoría de la muestra tiene niveles bajos, en los hombres aparece un 11% más de nivel bajo de esta dimensión. En relación a la variable Despersonalización, hay porcentaje de mujeres con niveles bajos y medios de esta dimensión; en los hombres estos niveles bajos y medios son inferiores. Finalmente, con el agotamiento emocional pasa lo contrario, hay más hombres con niveles bajos y medios de esta dimensión que mujeres.

En definitiva, aunque el presente estudio no centra su atención en profundizar sobre las diferencias del Burnout entre hombres y mujeres, sí que se puede mencionar como curiosidad que vemos que en las mujeres los niveles de agotamiento emocional son más altos que en los hombres, y por el contrario los niveles de despersonalización son más altos y los de realización personal son más bajos en los hombres que en las mujeres. No obstante, ambos sexos presentan una similitud en la distribución de los niveles dentro de cada variable.

Finalmente, como se ha realizado con los datos anteriores, también se ha hecho un análisis estadístico descriptivo de los resultados del MBI diferenciados por sexo, tal y como se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4. Datos estadísticos descriptivos del MBI por dimensión y sexo.

Dimensiones	Mujeres		Hombres	
	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar
Agotamiento emocional	3,71	1,42	3,36	1,15
Despersonalización	3,25	1,45	3,24	1,05
Eficacia personal	3,79	1,08	3,62	0,97

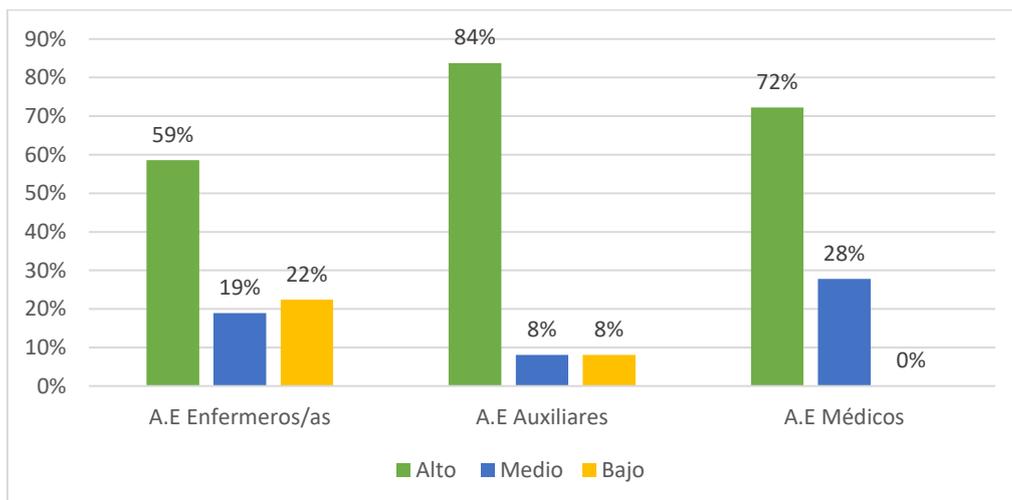
Fuente: Elaboración propia

En la tabla puede observarse que las medias son superiores en las mujeres en todas las dimensiones. En Agotamiento Emocional la puntuación de las mujeres es un 3,71 frente a un 3,36 de los hombres. La diferencia en la siguiente dimensión es bastante menor, pues en Despersonalización las mujeres presentan un 3,25 frente a un 3,24 de los hombres. Por último, en Eficacia Personal las mujeres muestran una media superior del 3,79 frente al 3,62 de los hombres. Finalmente, nuevamente la desviación estándar es mayor en las mujeres.

3.4. Dimensiones del Burnout por categorías profesionales.

Otro de los objetivos propuestos para la presente investigación es analizar cómo actúa el Burnout en las distintas categorías profesionales de la muestra, a continuación, se muestran los resultados de dicha comparación. Para este análisis se ha dejado de lado la categoría de fisioterapeuta, ya que su representación es demasiado baja (2 personas) y puede generar conclusiones erróneas. A continuación, se muestran, en gráficos, las dimensiones separadas por profesiones.

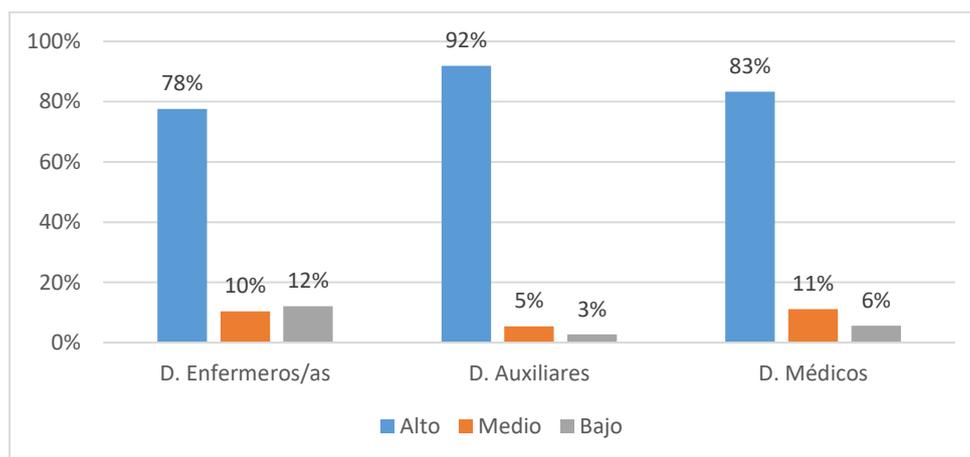
Graf. 13. Niveles de Agotamiento Emocional por profesionales, por porcentajes (%).



Fuente: Elaboración propia.

A simple vista la mayor diferencia que puede apreciarse es que el personal de auxiliar de enfermería presenta unos niveles de agotamiento emocionales mucho más altos que el personal de enfermería y los médicos. Esto realmente tiene sentido, pues el personal auxiliar es quien, en la práctica, tiene un contacto directo con los pacientes, un trato más cercano y continuado con el paciente, es decir, a diferencia de un médico o un enfermero, un auxiliar está todo el tiempo con el mismo grupo de pacientes, atendiéndolos durante toda la jornada y no solo de manera puntual como hace un médico. Por otro lado, destaca que los médicos de la muestra presentan un sorprendente 0% en agotamiento emocional bajo, por lo tanto, se puede decir que el nivel de agotamiento emocional en los médicos es ligeramente peor que en el resto de la muestra, pues los enfermeros son los que presentan más porcentaje de nivel bajo en agotamiento emocional.

Graf. 14. Niveles de Despersonalización por profesiones, en porcentajes (%).

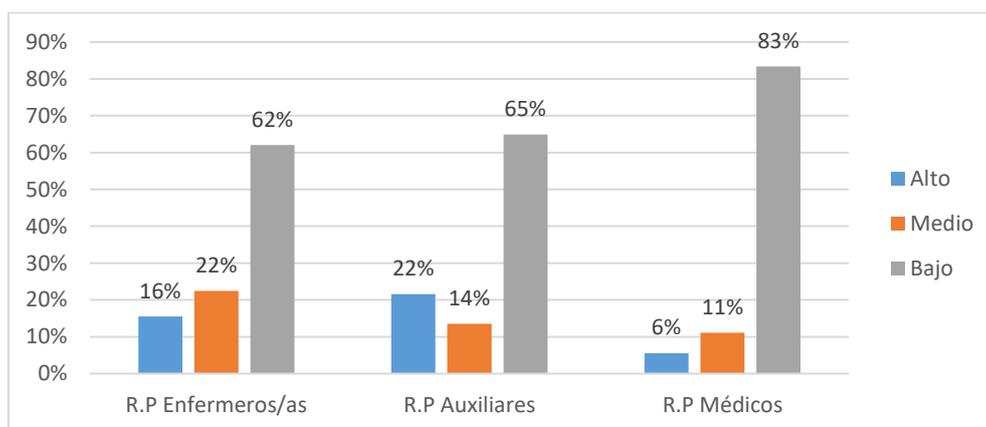


Fuente: Elaboración propia.

Nuevamente, se puede apreciar como el personal de auxiliar de enfermería presenta unos niveles bastante más altos de despersonalización que el resto de categorías profesionales, especialmente si comparamos con el personal de enfermería que presenta el mayor porcentaje de nivel bajo en despersonalización.

Para esto resultados la explicación puede ser muy similar a la del gráfico anterior, pues los y las auxiliares son quienes tienen un contacto más cercano con el paciente (como sucede en las residencias de ancianos donde trabaja parte de la muestra) y con la pandemia y las consecuentes medidas preventivas, este trato cercano y familiar se convirtió a la fuerza en un contacto mínimo, rápido y automatizado; pérdida esa esencia del trabajo asistencial del personal auxiliar se produce una pérdida del interés por el trabajo. Esta pérdida del contacto, sumado al exceso de carga de trabajo y de responsabilidad, pueden haber influenciado directamente en que el personal sanitario haya desarrollado actitudes de indiferencia, insensibilidad o apatía hacia los pacientes.

Graf. 15. Niveles de Realización personal por profesiones, en porcentajes (%).



Fuente: Elaboración propia.

En la última dimensión se observa que ya no es el personal auxiliar quien muestran los peores resultados, pues son los médicos quienes presentan un porcentaje mayor en bajo nivel de realización personal. Por el contrario, el personal de enfermería tiene unos valores similares al del personal auxiliar, aunque este último tiene el mayor porcentaje de nivel alto en realización personal.

Estos niveles bajos de realización personal en toda la muestra se explican con la aparición de la crisis sanitaria pues esta supuso un aumento de las demandas en relación a los recursos del empleado para afrontarlas; por ejemplo, cuando empezaron los brotes y no había EPI suficiente para los sanitarios estos se sentían inseguros (física y mentalmente) e ineficientes para afrontar esa crisis de contagios, como se demostró en el cuestionario anterior.

Como conclusiones de esta comparación entre categorías profesionales, se puede afirmar que los niveles de Burnout en las tres categorías profesionales son altos, pues son negativos los niveles en todas las dimensiones. Por otro lado, si se comparan los niveles dentro de cada dimensión, resulta evidente que el personal de auxiliar de enfermería es el que más Burnout presenta de los tres, seguido por los médicos y finalmente por el personal de enfermería. Como se ha comentado previamente, esto puede explicarse debido a las funciones de cada categoría profesional, pues las tareas del personal auxiliar están más orientadas al cuidado directo con el

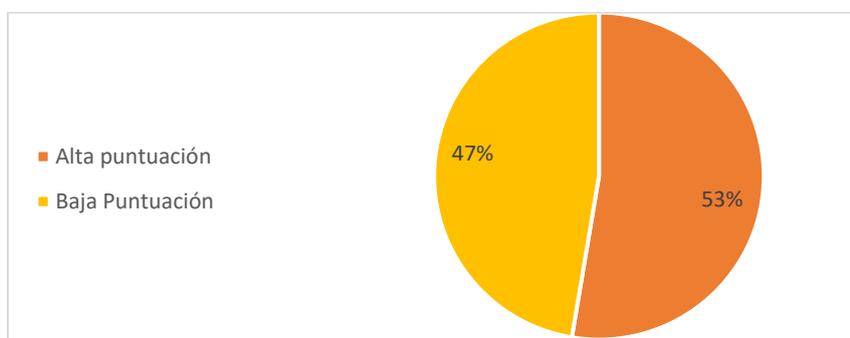
paciente, mientras que los enfermeros y médicos adoptan un rol más de técnico especialista en cuidados concretos.

3.5. Resultados del CESQT

El Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) de Pedro Gil-Monte (2011) y el análisis de sus resultados aporta unos datos que pueden reforzar las conclusiones sacadas en el apartado anterior. En este análisis se centrará la atención en la puntuación global del síndrome, sin profundizar en cada una de las tres dimensiones, pues estas han sido evaluadas previamente en el MBI, herramienta que permite un mejor dicho análisis.

3.5.1. Puntuaciones generales en SQT.

Graf. 16. Puntuaciones de la muestra CESQT, en porcentajes (%).



Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico 16 se observa el porcentaje de personas que han dado una puntuación elevada en Burnout y el de personas que han dado una puntuación baja. Para determinar estos porcentajes, el cuestionario de Gil-Monte (2011) calcula por separado cada una de las tres dimensiones y posteriormente hace una media de las tres, sumándolas y luego dividiéndolas entre tres; si la puntuación obtenida de esta operación es igual o mayor que dos se entiende que existe un nivel alto de Burnout, mientras que si el resultado es un número inferior que dos se entiende que el nivel de burnout es bajo o inexistente.

Por todo ello, este gráfico debe interpretarse como, que un 53% de la muestra ha dado una puntuación en niveles medios-altos y altos de Burnout, es decir, que las puntuaciones en indolencia (despersonalización) y agotamiento psíquico (agotamiento emocional) son altas y en ilusión por el trabajo (eficacia personal) son bajas. Por el contrario, el 47% de la muestra no ha presentado una puntuación alta en Burnout, por lo que sus niveles en indolencia y agotamiento psíquico son bajos o medios-bajos y en ilusión por el trabajo son medios o altos. De la manera que sea, si atendemos a los criterios de evaluación de este cuestionario, más de la mitad de la muestra tienen niveles altos (y por tanto peligrosos) de Síndrome de Burnout, sin descuidar que dentro de la puntuación baja existen personas con niveles medios en indolencia y agotamiento psíquico, niveles que pueden aumentar y convertirse en altos en cualquier momento.

3.3.2. Resultados estadísticos descriptivos del CESQT

Al igual que se ha hecho con los datos del cuestionario MBI-GS, con los datos del cuestionario CESQT se ha realizado un análisis estadístico descriptivo de las 4 dimensiones del cuestionario, incluyendo la culpa, tal y como se muestra en la tabla 5.

Tabla 5. Datos estadísticos descriptivos del CESQT por dimensiones.

Ilusión por el trabajo		Desgaste psíquico		Indolencia		Culpa	
Media	1,45	Media	2,62	Media	1,91	Media	1,66
Error típico	0,08	Error típico	0,09	Error típico	0,08	Error típico	0,09
Mediana	1,4	Mediana	2,75	Mediana	2	Mediana	1,6
Moda	0,4	Moda	4	Moda	0,6	Moda	1,2
Desviación estándar	0,90	Desviación estándar	1,04	Desviación estándar	0,94	Desviación estándar	1,04
Varianza de la muestra	0,82	Varianza de la muestra	1,09	Varianza de la muestra	0,91	Varianza de la muestra	1,09
Curtosis	-0,87	Curtosis	-0,48	Curtosis	-0,88	Curtosis	-0,69
Coef. de asimetría	0,18	Coef. de asimetría	-0,48	Coef. de asimetría	0,10	Coef. de asimetría	0,20
Rango	3,6	Rango	4	Rango	4	Rango	4
Mínimo	0	Mínimo	0	Mínimo	0	Mínimo	0
Máximo	3,6	Máximo	4	Máximo	4	Máximo	4
Cuenta	114	Cuenta	114	Cuenta	114	Cuenta	114
Nivel de confianza (95%)	0,16	Nivel de confianza (95%)	0,19	Nivel de confianza (95%)	0,17	Nivel de confianza (95%)	0,19

Fuente: Elaboración propia

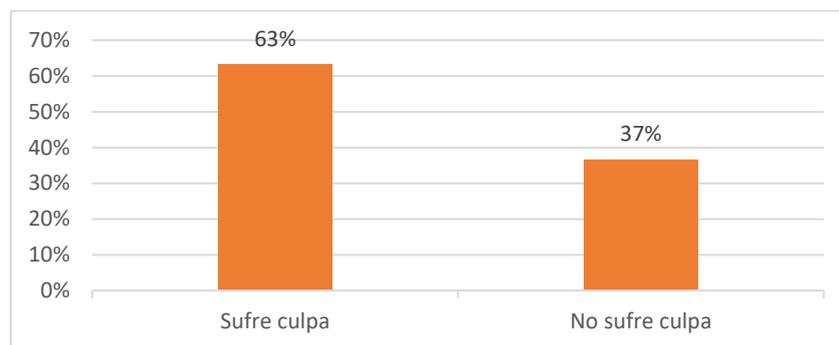
Se observa cómo las puntuaciones medias son bastante desiguales entre dimensiones, pues en Ilusión fueron de 1,45; en la subescala Agotamiento Psíquico de 2,62; en la subescala Indolencia de 1,91 y finalmente en la dimensión Culpa de 1,66. En este caso, la asimetría solo es negativa en la dimensión Agotamiento Psíquico y por tanto una tendencia a puntuaciones altas, a diferencia del resto de dimensiones que la asimetría fue a la inversa. Finalmente, atendiendo a los resultados de la curtosis, estos son negativos en todas las variables, lo que se interpreta como que los datos presentan valores atípicos que la distribución normal.

3.5.3. Resultados de la dimensión culpa CESQT

Como se comentó anteriormente, el cuestionario CESQT se diferencia del resto porque mide una cuarta variable o dimensión, la culpa, entendida como la aparición de sentimientos de culpa por tener actitudes negativas, cínicas o de indiferencia hacia los pacientes. En el modelo de SQT de Gil-Monte (2003) la culpa diferencia de dos perfiles, el perfil 1 que son aquellas personas que no

presentan niveles altos de culpa y el perfil dos, que son quienes presentan niveles altos de culpa. Para calcular la puntuación en culpa se suma una serie de ítems y posteriormente se dividen entre cinco para obtener un valor numérico, si este es inferior a dos se entiende que la persona encuestada pertenece al perfil 1, si es superior o igual a dos se entiende que pertenece al perfil 2. Para analizar qué cantidad de la muestra sufre culpa o no, el análisis se ha centrado en el 53% de la muestra que presentaba niveles altos de Burnout, es decir, solo se ha analizado la variable culpa en aquellas personas que han presentado niveles altos o medios altos de Burnout. En el gráfico 17 se muestran los porcentajes de la variable culpa.

Graf. 17. Personas que sufren de culpa y personas que no sufren de culpa, en porcentajes (%)

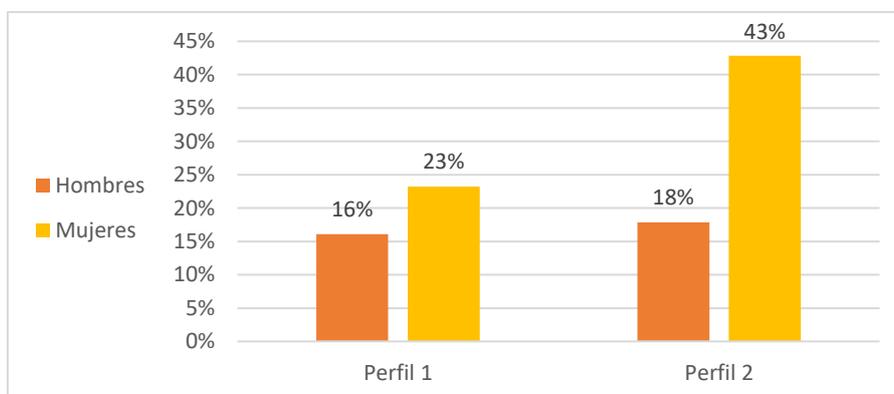


Elaboración propia.

En el presente gráfico se puede observar que un 63% de la muestra, más de la mitad, sufre sentimientos de culpa asociados sus propios comportamientos hacia los pacientes, mientras que un 37% de la muestra parece no presentar niveles altos de Burnout. En otras palabras, el 63% de las personas que han presentado niveles altos de Burnout pertenecen al perfil 2, es decir, a aquel que presenta niveles altos de culpa; sin embargo, el 37% de los sanitarios que han mostrado tener niveles altos de Burnout, no presentan niveles altos de culpa.

3.5.4. Dimensión culpa diferenciada por sexos.

Graf. 18. Diferencia de la aparición de culpa entre mujeres y hombres, en porcentajes (%).



Elaboración propia.

En el gráfico anterior puede observarse como están distribuido los niveles de culpa en función de si la persona encuesta es hombre o es mujer. Para realizar este cálculo se han omitido a las

personas que contestaron “Prefiero no decirlo” en función a su sexo y se han descartado aquellas respuestas no válidas por lo que en el gráfico únicamente se representa a la muestra que contestó la opción de “Hombre” o “Mujer”. En concordancia con lo anterior, en el gráfico se muestra la distribución en porcentajes de la culpa en aquellas personas que han presentado Burnout según los criterios del cuestionario CESQT.

Analizando los datos, se puede observar cómo el 16% de la muestra que sufre Burnout son hombres con un perfil 1 (bajos niveles de culpa), frente a un 23% de la muestra que representa a las mujeres con un perfil 1 (bajos niveles de culpa). Al contrario de estos resultados, un 18% de la muestra son hombres que tienen un perfil 2 (presentan altos niveles de culpa) y de resto un 43% de la muestra son mujeres que presentan un perfil 2 (altos niveles de culpa).

Con esta comparación se sacan dos conclusiones claras. En primer lugar, se reafirman los datos del gráfico anterior donde se podía observar que el porcentaje de la muestra que presentan culpa por su propio comportamiento es mayor que el que no presenta culpa. En segundo lugar, se concluye que de todas las personas de la muestra que sufren Síndrome de Quemarse por el Trabajo, las mujeres son las que más sentimientos de culpa presentan.

Para finalizar con este análisis de resultados, tal y como se ha realizado con los datos del MBI, a continuación, en la tabla 6 se exponen los principales datos estadísticos descriptivos de la diferenciación de las dimensiones del CESQT por sexo.

Tabla 6. Estadísticas descriptivas del CESQT diferenciado por sexos.

Dimensiones	Mujeres		Hombres	
	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar
Ilusión por el trabajo	1,33	0,91	1,57	0,14
Agotamiento psíquico	2,73	1,12	2,43	0,15
Indolencia	1,92	1,06	1,89	0,76
Culpa	1,68	1,15	1,60	0,89

Fuente: Elaboración propia.

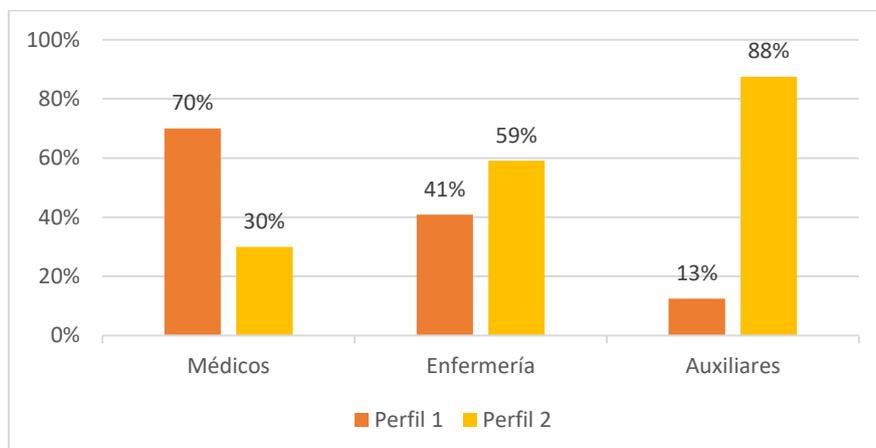
En relación a las variables de género, los datos sistemáticos muestran que nuevamente las mujeres obtuvieron puntuaciones superiores a los hombres, salvo en la dimensión Ilusión por el trabajo, donde la media fue mayor en los hombres (1,57 de los hombres frente a un 1,33 de las mujeres). El resto de dimensiones muestra unos resultados ligeramente superiores en las mujeres que en los hombres.

3.5.5. Dimensión culpa por categoría profesional.

Para finalizar con el análisis de resultados relativos a la dimensión culpa, es necesario hacer una diferenciación entre la aparición de esta en las distintas categorías profesionales que ocupan la

muestra como la que aparece en el gráfico 19, de este modo se podrá observar si existe una relación entre el sentimiento de culpabilidad de los sanitarios y el puesto que ocupan.

Graf. 19. Perfiles de culpa por categorías profesionales, en porcentajes (%).



Fuente: Elaboración propia.

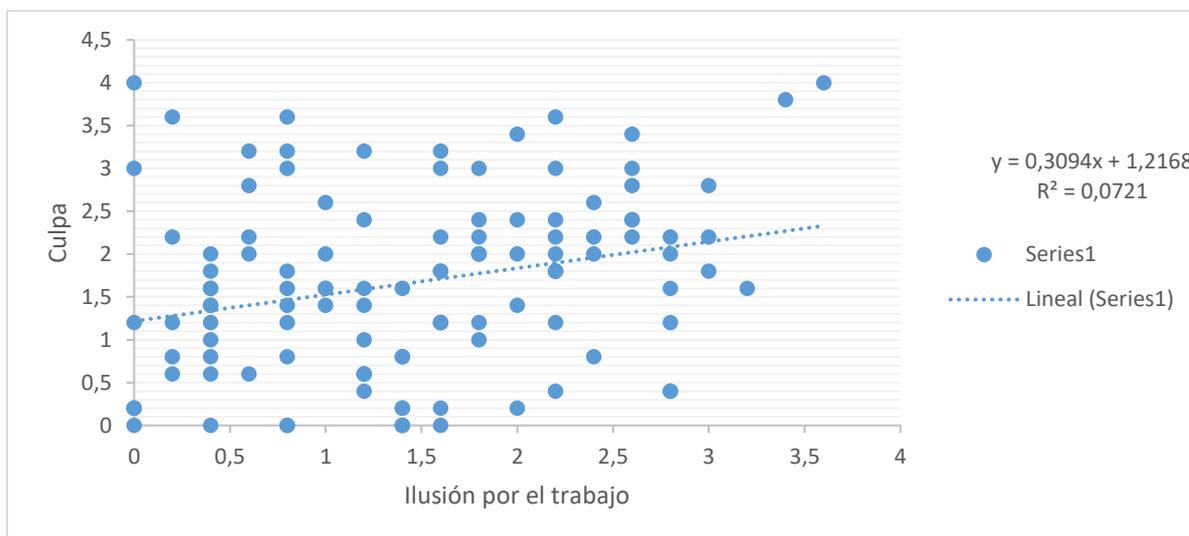
Para los datos del gráfico, nuevamente no se ha tenido en cuenta a la categoría profesional de fisioterapeuta ya que su muestra era muy baja y por tanto poco representativa. En este gráfico se muestra que del personal médico que presenta niveles altos de Burnout un 70% pertenece al perfil 1 y un 30% al perfil dos lo que se traduce en que la gran mayoría de médicos que presentan niveles altos de Burnout no tienen sentimientos de culpa asociados a sus propios comportamientos. Atendiendo a la categoría de personal de enfermería, estos presentan un mayor porcentaje de perfil 2, lo que viene a decir que poco más de la mitad del personal de enfermería que ha presentado niveles altos de Burnout tienen sentimientos de culpabilidad por sus propios actos.

Finalmente, el personal de auxiliar de enfermería vuelve a destacar con sus resultados, pues tan solo un 13% de la muestra pertenece al perfil 1 frente a un sorprendente 88% que pertenece al perfil 2. Como ya se ha comentado anteriormente, este personal tiene una cierta desventaja frente al resto, pues son los encargados de trabajar directa e íntimamente con el paciente, comúnmente encargándose de tareas como la higiene de la persona y la alimentación, tareas que son de lo más relacionado con el cuidado. A esta casuística se le suma que, dentro de las categorías profesionales de los sanitarios, estos profesionales auxiliares son comúnmente considerados de nivel inferior, siendo frecuentemente olvidados o excluidos socialmente de lo categorizado como "profesionales sanitarios". Estos dos hechos, unidos a otros ya comentados derivan en el que el personal auxiliar tenga una mayor responsabilidad sobre su trabajo y sus pacientes, una mayor implicación, un lado muy humano; por tanto, ante una situación inesperada como es una crisis sanitaria que desestabiliza sus funciones y métodos de trabajo, es lógico pensar que este personal tenga impotencia y frustración con sus acciones, haciendo que aparezca un sentimiento de culpa asociado a no poder dar lo mejor de sí mismos dentro de sus puestos de trabajo.

3.5.6 Correlaciones del CESQT.

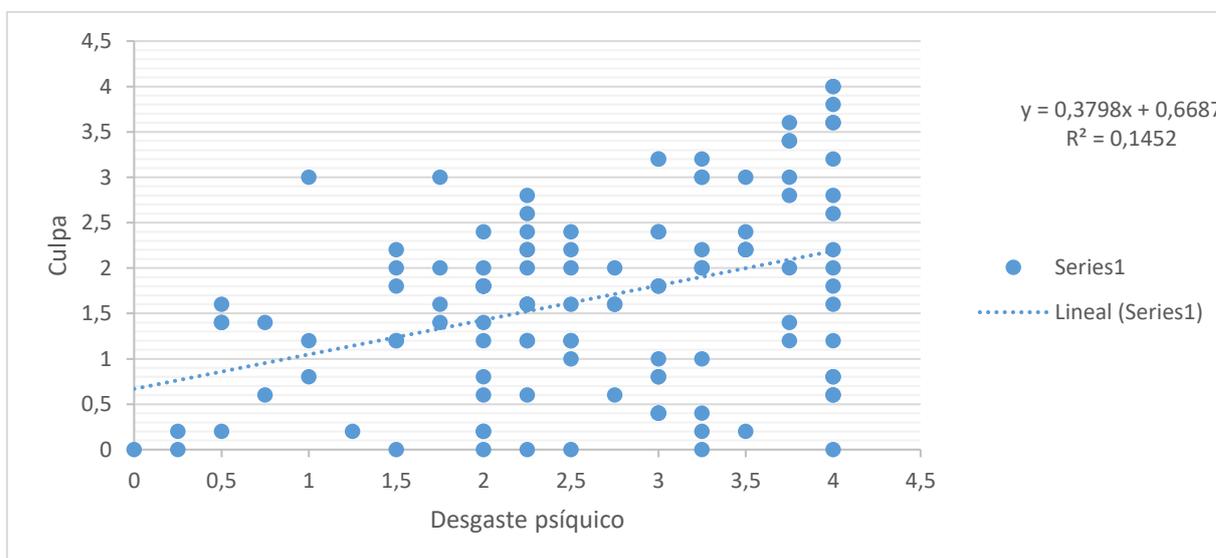
A continuación, se muestran tres diagramas de dispersión para analizar la asociación entre los valores de las dimensiones del Burnout y la culpa sobre cada una de ellas.

Graf. 20. Correlación entre Ilusión por el trabajo y Culpa.

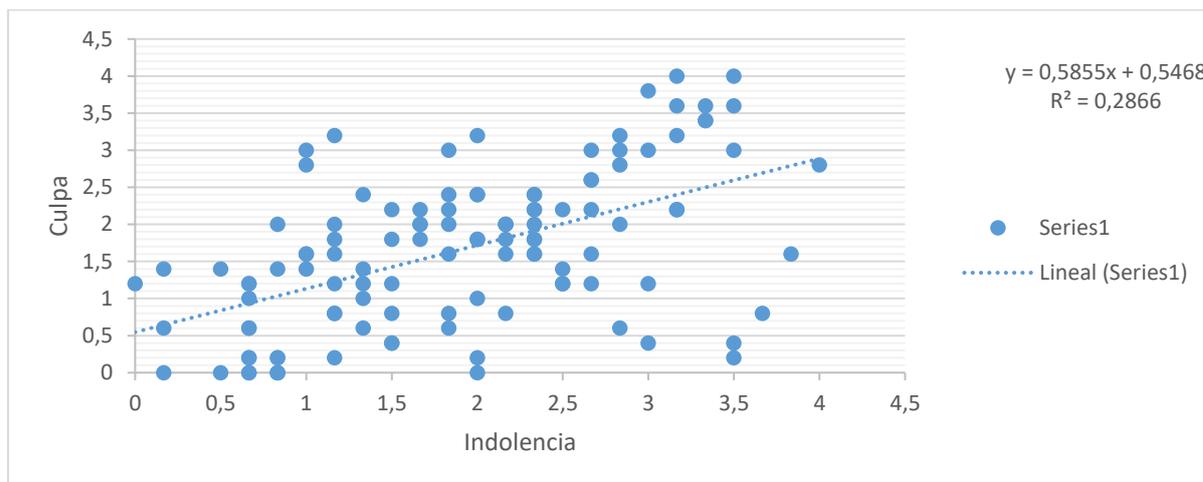


Fuente: Elaboración propia

Graf. 21. Correlación entre Desgaste Psíquico y Culpa.



Fuente: Elaboración propia

Graf. 22. Correlación entre Indolencia y Culpa.

Fuente: Elaboración propia.

De los diagramas de dispersión, destaca que la dimensión ilusión por el trabajo presenta que, a priori, no existe una correlación entre ambas variables pues, aunque la correlación entre ambas variables es creciente, el aumento o disminución de la Ilusión por el trabajo no influye especialmente en la culpa, pues hay una gran dispersión entre los resultados. Con el resto de diagramas, se puede observar que existe una baja correlación positiva entre los resultados, pues la relación entre Culpa y Agotamiento Psíquico y entre Culpa e Indolencia no muestra unos resultados agrupados que den como resultado 1 o -1.

En definitiva, aunque la correlación entre las variables no es perfecta, si existe una correlación positiva entre ambas, mostrando que la dimensiones del CESQT influyen en la dimensión culpa.

Conclusiones

Con el anterior análisis de resultados se puede sacar una conclusión directa y concisa: la crisis sanitaria ha supuesto un empeoramiento de los niveles de Burnout en los sanitarios.

Con los resultados de la investigación, queda reflejada que la situación previa de los sanitarios en la isla de Gran Canaria era más favorable antes de la crisis sanitaria, pues la llegada de esta supuso un ataque directo a factores que son clave para que aparezca el síndrome del Burnout, factores como el aumento de la carga de trabajo y de la responsabilidad en el trabajo o el empeoramiento del clima laboral. El estudio muestra que la gran mayoría del personal sanitario sentía que su situación laboral se movía entre unos márgenes estables y controlados de estrés, carga de trabajo, inseguridad y responsabilidad, pero que estos márgenes se vieron descontrolados con la llegada de la crisis sanitaria.

Ha quedado evidenciado que existe un empeoramiento de la situación relativa al Burnout en los sanitarios, pero, no obstante, los resultados del cuestionario relativo a la situación previa también han sacado a relucir otro factor que puede estar influenciando en el desgaste laboral del sector. En este sentido, el análisis de resultados ha mostrado que hay sanitarios que desde antes de la

pandemia no saben identificar si son eficientes o no y este desconocimiento sobre la calidad de su desempeño generado por una falta de retroalimentación, de reconocimiento o de objetivos puede estar influyendo a que los niveles de la dimensión eficacia personal sean tan bajos. Aparece entonces una nueva posible línea de actuación para establecer buenas prácticas o reajustes en la gestión de personal sanitario que ayuden a evitar que estas situaciones aparezcan y perjudican a la salud del trabajador.

Centrando la atención en las consecuencias de la crisis sanitaria en los profesionales del sector, se puede resumir que la crisis ha supuesto especialmente un aumento de la carga de trabajo y de la responsabilidad, factores que han influenciado directamente en un empeoramiento del clima laboral, un aumento de la inseguridad (tanto física como psicológica) y una pérdida del entusiasmo y la motivación en los trabajadores; todas estas variables son clave para que aparezca el síndrome; son potenciadores del riesgo. La asociación de conceptos es bastante clara: un aumento de los potenciadores del burnout ha dado como resultado los niveles medios y altos del síndrome detectados en el análisis de resultados. Conocer estas variables que están influyendo en los niveles de Burnout de los sanitarios permite crear mejores planes preventivos y permite establecer mejores medidas de intervención para evitar que la situación de los trabajadores empeore aún más; en otras palabras, si se conoce que factores están potenciando que aumente el Burnout es mucho más sencillo evitarlo y controlarlo.

En otro orden de cosas, se ha optado por hacer una diferenciación entre la manera en la que el síndrome ataca a los hombres y a las mujeres. Los resultados han concluido que el Burnout no ataca igual a los hombres que a las mujeres, siendo especialmente relevante como actúan las distintas dimensiones en cada sexo, pues en los hombres la prevalencia de despersonalización destaca sobre el resto de dimensiones y en las mujeres destaca el agotamiento emocional. Esta información puede resultar sumamente útil para plantear estrategias de afrontamiento para el síndrome e incluso para crear nuevas líneas de investigación.

El presente estudio también adopta una orientación interesante centrandose parte de su atención en cómo el síndrome del Burnout ataca a las distintas categorías profesionales de la muestra, pues conocer que grupo de trabajadores está siendo más afectado también permite crear mejores medidas de prevención y contención del síndrome.

La investigación ha mostrado que el Burnout no afecta de la misma manera a todas las categorías profesionales, destacando la gran diferencia de resultados que existe entre los puestos médicos y los puestos auxiliares. La segunda conclusión relativa a este tema también es clara y es que el personal auxiliar es el que se ha visto más afectado por la crisis sanitaria. En este sentido, de las tres categorías profesionales del estudio, el personal auxiliar es el que más se ha visto afectado por la reestructuración de sus funciones y tareas, asumiendo responsabilidades y tareas que no les corresponden, perdiendo el contacto directo con el paciente y ese cuidado más íntimo que tanto caracteriza a la profesión.

En concordancia con el punto anterior, pueden existir otras variables no recogidas en esta investigación que estén influenciando a estos niveles tan altos de Burnout en el personal auxiliar. En primer lugar, el poco (o muy escaso) reconocimiento que se les ha otorgado durante la lucha contra la pandemia en comparación con el resto de personal sanitario. En segundo lugar, las condiciones más precarias de estos trabajadores también pueden estar influenciando, véase que en la muestra existen trabajadores que tienen reconocida la categoría de técnico gerocultor cuando realmente están realizando funciones propias de un auxiliar de enfermería. Esta falta de reconocimiento laboral y social puede estar condicionando los niveles de Burnout de la muestra, por ello, aquí nuevamente se abre una posible línea de investigación para estudios futuros.

La investigación no solo se ha centrado en demostrar que los niveles de Burnout son altos y por lo tanto preocupantes, si no que ha querido ir un paso más allá y analizar los niveles de culpa. La culpa es otra variable clave para determinar el grado de desgaste profesional del trabajador y para crear estrategias y acciones que permitan reducir los niveles de Burnout, pues no es igual de grave el síndrome de Burnout por sí solo que acompañado de la culpa ya que los sentimientos de culpabilidad suelen derivar en absentismo, rotación o incluso en problemas mayores como la depresión y el estrés crónico.

En relación con la culpa, en este punto la investigación vuelve a sacar a relucir lo alarmante del estado de agotamiento profesional en el personal auxiliar ya que este colectivo presenta mucho más nivel de culpa que el resto. Esta situación es preocupante porque este grupo profesional supone un pilar clave y fundamental para el correcto funcionamiento de cualquier centro sanitario y por lo tanto suponen un elemento importantísimo dentro del sistema sanitarios. Objetivamente, el personal auxiliar es el encargado de estar con el paciente durante mucho más tiempo que el resto de profesionales sanitarios, es quien hace las tareas más íntimas y cercanas como duchar a los pacientes, darles a comer o acompañarlos al servicio, son los encargados de tratar con los familiares (especialmente en centros sociosanitarios y residencias), en definitiva, actúan como el eje principal dentro de cualquier centro sociosanitario. De cualquier modo, la culpabilidad es un sentimiento que tiene consecuencias muy potentes para cualquier trabajador que las sufra (bajada de autoestima, auto desvalorización, agresividad con el entorno, entre otras), además de funcionar como potenciador para que aparezcan otras enfermedades o riesgos psicológicos.

A pesar de lo interesante de las conclusiones previas, hay un factor que se ha pasado por alto hasta el momento y es que los datos conseguidos y analizados en esta investigación son actuales, de mayo y junio de 2022, lo que se traduce en que actualmente, dos años después del inicio de la pandemia, los niveles de Burnout siguen siendo muy altos y preocupantes lo que viene a indicar que, seguramente, en los centros sanitarios estudiados no están sabiendo como aplacar o reducir los impactos que ha dejado la pandemia en el personal sanitarios (o simplemente no han intentado hacerlo). Si se analiza este hecho objetivamente, los resultados vienen a contar que, actualmente con los contagios estabilizados y la situación mayoritariamente controlada, no se han conseguido reparar los efectos que la crisis dejó en el personal sanitario,

por lo tanto, sigue haciendo falta actuar de inmediato y crear protocolos de buenas prácticas que ayuden al personal sanitario a tener unos niveles bajos o nulos de Burnout.

Discusión

Con los resultados de esta investigación no solo se pueden sacar interesantes conclusiones, sino que, además, se puede hacer una breve discusión con los estudios mencionados en el marco teórico.

Ciertamente la presente investigación se diferencia de la mayoría expuesta en el marco teórico en el sentido de que ha tenido en cuenta el personal auxiliar y no se ha centrado en comprobar si los niveles de desgaste profesional son mayores en los enfermeros o en los médicos. Un estudio que si tuvo en cuenta al personal auxiliar fue *“Burnout entre trabajadores de atención directa en residencias de ancianos durante la pandemia de COVID-19 en España: un enfoque preventivo y educativo para lugares sostenibles(2020)”* coincidiendo con el presente estudio en que el personal auxiliar es quien presenta niveles más altos de Burnout, especialmente en la dimensión “agotamiento emocional”, aunque los resultados que se han obtenido en el presente estudio indican que, aunque los niveles de agotamiento emocional en las auxiliares son altos, son más altos aún los niveles de despersonalización. Este último hecho coincide con el estudio canario *“Evolución del Burnout del personal de Enfermería en la planta de Medicina Interna del Servicio Canario de Salud (2020)”* que también determinó que la dimensión que más peso tiene en el personal sanitario canario es la despersonalización, aunque este último estudio se centra en el personal de enfermería es relevante porque en la presente investigación también se ha demostrado que la despersonalización es la dimensión que mayores niveles presenta en los profesionales sanitarios de la isla.

Por otro lado, la investigación *“El efecto de la pandemia en la salud y síndrome de burnout en profesionales de enfermería (2021)”* coincide con los resultados del presente estudio, pues también detecta el aumento de la inseguridad (como ante un posible contagio o inseguridad psicológica) y el aumento de la responsabilidad en la toma de decisiones difíciles como dos factores clave en los altos niveles de Burnout. En esta línea, la presente investigación viene a reafirmar las conclusiones del estudio brasileño *“COVID-19 pandemic: Burnout syndrome in healthcare professionals working in field hospitals in Brazil”* pues determina la sobrecarga de trabajo, las condiciones laborales desfavorables surgidas de la pandemia (como el excesivo aumento de horas trabajadas y la reducción de los descansos) y la sensación de impotencia como variables que han influenciado en el aumento del burnout, variables que también han sido determinadas como potenciadoras en la investigación.

En cualquier caso, la presente investigación llega a la misma conclusión que han determinado muchas otras investigaciones: urge una intervención directa y es necesario que se establezcan unos protocolos de actuación psicológica para el personal sanitario en situaciones de crisis.

Discusión con objetivos e hipótesis iniciales.

Para poder considerar si la investigación ha sido efectiva o no, es necesario analizar si la misma ha conseguido responder a las hipótesis iniciales del presente trabajo y si ha logrado los objetivos establecidos al inicio del trabajo.

El presente trabajo partía de la convicción de que existía una relación entre la crisis sanitaria y un aumento de los niveles de Burnout. Esta hipótesis, aunque se daba por sentado que era cierta, ha quedado demostrada con la investigación.

Como objetivo principal del estudio se estableció el conocer el nivel actual de Burnout en el personal sanitario de la isla de Gran Canaria para posteriormente visibilizar la importancia de que este síndrome sea, finalmente, considerado como enfermedad profesional dentro de nuestro país, pues muchos convenios lo recogen como un riesgo psicosocial, pero, pese a las indicaciones de la OMS, en España aún se limita a categorizar el síndrome como un riesgo y no como una enfermedad. Para conseguir este objetivo, el mismo fue convertido en objetivos más pequeños.

Entre estos objetivos, se encontraba conocer, de una manera lo más aproximada posible, la situación de desgaste laboral de los sanitarios antes de la crisis sanitaria. Aunque esta tarea no ha sido sencilla, este objetivo se ha logrado con el cuestionario de elaboración propia con unas preguntas claves que arrojasen información clara sobre variables de gran interés dentro del síndrome del Burnout, variables como la carga de trabajo, el clima laboral, el control, las responsabilidades o la percepción de autoeficacia. Se ha conseguido afirmar que la situación de los sanitarios era mejor antes de la crisis sanitaria.

Sin perjuicio a lo dicho anteriormente, los resultados del estudio también muestran otra realidad, pues la situación de los sanitarios también estaba lejos de ser óptima antes de la crisis del Coronavirus. Esto se ha podido comprobar con los resultados del cuestionario previo que mostraron como existe un porcentaje de trabajadores que consideran que la carga de trabajo ya era excesiva antes de la crisis sanitaria, que el clima laboral era desfavorable y que la responsabilidad era mucha antes de la pandemia. Nuevamente la investigación amplía sus objetivos y aporta una nueva perspectiva donde se muestra que la situación de muchos sanitarios ya era mala antes y por tanto este síndrome no se gestionaba correctamente antes ni ahora. En esta línea, con los resultados del cuestionario se identifica que para reducir los niveles de Burnout quizás deba comenzarse por tratar la carga de trabajo, las responsabilidades y el clima laboral ya que estas tres variables han afectado al Burnout desde antes de la crisis sanitaria.

Otro objetivo propuesto para el presente trabajo fue analizar la presencia de culpa en los sanitarios que presentan niveles de Burnout, aunque este objetivo se acompaña implícitamente del objetivo de conseguir diferenciarse de la mayoría de estudios que dejan de lado la dimensión culpa. Es importante contemplar la variable culpa porque esta puede condicionar el tipo de

intervenciones o prevenciones que se establezcan para el control del Burnout y en la presente la investigación consigue mostrar que existe una presencia singular de culpa en las personas que sufren Burnout.

Finalmente, atendiendo al objetivo de averiguar si factores como el sexo y la categoría profesional condicionan la prevalencia de Burnout y de Culpa, este también ha sido logrado. Por un lado, se ha logrado demostrar que los niveles de Burnout se distribuyen de forma dispar entre las distintas categorías profesionales y también que el Burnout tiene una prevalencia distinta a razón del sexo de la muestra. Por otro lado, también se ha logrado demostrar como la culpa también actúa de forma muy dispar entre categorías profesionales y sexos. Estos hechos podrían suponer nuevas líneas de investigación bastante interesantes para futuras investigaciones: ¿Por qué es mayor el sentimiento de culpa en unas categorías profesionales que en otras?, ¿Por qué es mayor la presencia de Burnout en las mujeres que en los hombres?, por ejemplo.

Por lo expuesto anteriormente en este punto, se puede afirmar que la metodología seguida en esta investigación ha sido la adecuada y suficiente para dar respuesta a las hipótesis iniciales de las que partía este trabajo y para cumplir los objetivos propuestos al inicio de la investigación, pero no solo eso, sino que además ha conseguido sacar a relucir otras problemáticas como la situación del personal de auxiliar de enfermería. La elección de las herramientas utilizadas para la recogida de datos han sido las correcta y han proporcionado los datos necesarios para sacar las conclusiones esperadas del trabajo, pues han logrado aportar la información suficiente para hacer una comparativa entre los niveles previos y actuales de Burnout en los sanitarios.

Recomendaciones

Las recomendaciones para la intervención sobre este síndrome pueden ser de diversos tipos, pero desde una perspectiva de gestión y dirección de RRHH, algunas propuestas pueden ser las expuestas a continuación. En primer lugar, se pueden optar por cambios estructurales como una reorganización de las tareas o responsabilidades para reducir la carga de trabajo, una reestructuración de la comunicación interna que ayude a perder la sensación de excesiva jerarquía dentro de los centros sanitarios, entre otras; pero con los resultados del estudio puede sugerirse como una buena práctica el reconocer la categoría profesional a los auxiliares de enfermería, pues como se ha comentado muchos de ellos tienen asignada la categoría de gerocultor/a que es inferior a las que efectivamente ejercen. Este reconocimiento puede suponer un aliciente para mantener el compromiso con el trabajo, el buen trato con el paciente y conseguir ese reconocimiento y respeto tan ansiado, lo que beneficiaría también a un aumento de la motivación y del sentimiento de eficacia personal. Si se piensa fríamente, reconocer esta categoría profesional y pagar el salario que corresponde a estos empleados a la larga sale más rentable que costear bajas laborales, rotaciones y otras cuestiones que pueden surgir a consecuencia de un mal desempeño.

En segundo lugar, es importante que todo el tejido empresarial vaya interiorizando la importancia de trabajar la parte emocional en el trabajo. Es fundamental trabajar la inteligencia emocional (IE) de los trabajadores, como el desarrollo de la autoconciencia de las limitaciones y fortalezas que se poseen para afrontar las emociones que surgen en el trabajo. Otra parte importante de la IE es la correcta gestión de las emociones, es decir, que el trabajador sepa identificar que está sintiendo y como gestionar esos sentimientos e impulsos, especialmente cuando se ha de tratar con pacientes o familiares complicados y situaciones adversas como una crisis sanitaria. Esta perspectiva emocional viene de la mano con el trabajo de tolerar la frustración, pues es importante enseñar a los empleados que son responsables de sus actos pero que existen situaciones que escapan de su control y no pueden gestionarse fácilmente, tal cual lo ha sido la crisis sanitaria; en este sentido, hay sanitarios que se sienten responsables del empeoramiento del trato al paciente sin llegar a entender que es culpa de las consecuencias de la crisis sanitaria y no de que no estén dando lo mejor de sí mismos. En la misma línea, se podría trabajar el afrontamiento emocional activo y la reinterpretación positiva en los trabajadores sanitarios para conseguir la resiliencia tras dos duros años de lucha contra la pandemia, pues no se ha de olvidar que se ha demostrado que el pensamiento positivo es una de las mejores técnicas de afrontamiento para el Burnout. Sea como sea, es importante que la gestión de personas de cada centro fomente y trabaje este lado emocional y más humano de los empleados para garantizar entornos mentalmente saludables y asertivos.

Finalmente, otra recomendación para los centros sanitarios es promover el clima laboral saludable. Es importante fomentar las relaciones interpersonales para que se cree un clima laboral colaborativo tanto de manera horizontal como vertical y esto puede hacerse de distintas maneras, como estableciendo reuniones periódicas, promoviendo el teambulding con actividades de ocio, estableciendo acuerdos de respeto e igualdad, ofreciendo espacios cómodos y completos para el descanso de los empleados, entre otras medidas. Estrechamente relacionado con la mejora del clima laboral está la mejora de la comunicación, no solo se han de establecer vías accesibles y transparentes de comunicación, sino que es importante que las personas responsables (encargados, jefes de equipo, directores...) den reconocimiento y feedback a los empleados sobre su desempeño; igual de importante es que establezcan vías para recibir feedback de los empleados y poder hacer los reajustes o modificaciones pertinentes para cumplir con las expectativas y necesidades de los empleados.

Estas son solo algunas recomendaciones para los centros sanitarios analizados en la investigación ya que existen muchas otras técnicas para reducir y controlar los niveles de Burnout (establecer liderazgos asertivos, promover la vida saludable...), pero es importante tener siempre presente que las intervenciones en la dirección y gestión de personas han de hacerse de manera estratégica, es decir, implementar el cambio o mejora que más se adecue a las necesidades de cada centro y hacerlo siempre de forma progresiva, pues implementar muchos cambios de golpe puede suponer en sí un nuevo potenciador del Burnout en los trabajadores.

Principales aportaciones de la investigación.

Anteriormente ya se han expuesto las principales aportaciones del presente estudio, no obstante, es conveniente remarcar el interés e importancia de los resultados.

Una de las principales aportaciones de la investigación ha sido mostrar que, aunque ha pasado tiempo desde que la situación sanitaria ha sido controlada, los niveles de Burnout son preocupantemente altos en el personal sanitario, lo que viene a decir que tras dos años de pandemia no se han tomado las medidas suficientes para paliar los efectos de esta en la salud de los empleados sanitarios. Es lógico que en los primeros meses de pandemia no se pudiesen tomar medidas altamente efectivas para proteger la salud mental de los sanitarios, pero desde entonces tampoco se han tomado medidas para el cuidado de la salud psicológica del personal sanitario. Esta situación vuelve a mostrar la importancia de tomar este síndrome como una enfermedad profesional para que los centros sanitarios se vean con la obligación de establecer buenas prácticas y protocolos preventivos para esta enfermedad, especialmente teniendo en cuenta que ha quedado demostrado que en situaciones de crisis los niveles de Burnout se disparan.

Por otro lado, como ya se ha mencionado, este estudio ha optado por investigar la incidencia de personas que sufren culpa asociada al síndrome del Burnout porque diferenciar si una persona es perfil 1 (sin culpa) o perfil 2 (con culpa) puede condicionar el tipo de actuaciones que se lleven a cabo para gestionar y tratar a las personas que sufren el síndrome. Conocer si una persona que sufre Burnout tiene sentimientos de culpa asociados, permite crear estrategias de afrontamiento más completas y específicas, por ello, se ha optado por añadir esta variable al presente estudio, suponiendo esto una diferenciación a la mayoría de trabajos sobre el tema.

Finalmente, destacar nuevamente que el presente estudio vuelve a mostrar la importancia de tener en cuenta el Burnout ya no como un síndrome si no como una enfermedad. Si atendemos al concepto de síndrome, se define como un conjunto de síntomas que aparecen de forma conjunta y cuyo origen puede ser conocido o no; por otro lado, una enfermedad está provocada por diversos factores conocidos y supone una alteración de la salud de una persona, por lo tanto, implica una falta de salud en la misma. Si a esta diferenciación se le suma todo lo visto anteriormente, queda reflejada la importancia de tener en cuenta este síndrome como una enfermedad profesional pues, que se denomine de forma distinta también implica que se trate y gestione de una forma distinta; si hasta ahora no se ha conseguido controlar este síndrome, quizás sea necesario cambiar la denominación del Burnout para empezar a crear nuevas líneas de investigación que consigan mitigarlo y evitar su rápida expansión por el mundo laboral.

Limitaciones del estudio.

Como la mayoría de investigaciones, el presente estudio también cuenta con una serie de limitaciones. Como principal limitación se encuentra el tamaño de la muestra porque este es

relativamente reducido en relación al porcentaje de profesionales de la salud que hay en el territorio de estudio. Esta limitación se debe principalmente a dos factores: el tiempo y la dificultad para acceder a la muestra, pues muchos centros y organizaciones declinan las propuestas de colaboración por diversos motivos. Estudiar una enfermedad profesional o un riesgo psicosocial no suele ser sencillo porque tanto las personas como las organizaciones no siempre están dispuestas a tener que enfrentar una realidad para nada agradable como es presentar unos niveles alarmantes en un síndrome altamente perjudicial para la salud.

La limitación relativa al tiempo disponible para realizar la investigación afecta también al análisis de resultados. En este sentido, con una mayor margen de tiempo se hubiese podido profundizar más en el síndrome relacionándolo con otras variables igualmente interesantes como la prevalencia del síndrome dependiendo del tipo de centro (residencia, hospital, centro de salud etc.) o la aparición del mismo en centros públicos, privados o concertados; no obstante, estas pueden suponer una futura línea de investigación para seguir profundizando en el síndrome y seguir conociendo todos aquellos factores que pueden motivar a que este aparezca en mayor o menor medida.

En relación a las herramientas utilizadas, una limitación es que se han dejado de lado algunas variables importantes que podrían haberse añadido al cuestionario de situación previa, variables como el Locus de Control, la autoestima o la estabilidad emocional, ello debido a las limitaciones de tiempo ya mencionadas anteriormente.

Futuras investigaciones.

Anteriormente ya se han mencionado algunas líneas de investigación que pueden ser interesantes para seguir conociendo este síndrome en profundidad e incluso para complementar esta investigación. Concretamente, una línea de investigación que podría resultar especialmente interesante se basaría en profundizar en el Burnout en el personal de auxiliar de enfermería para poder conocer que factores y variables hacen que este personal sea el que peores niveles de Burnout presentan y los que más sentimientos de culpabilidad manifiestan.

En futuras investigaciones podría ampliarse el tamaño de la muestra para obtener unos datos más representativos. Otra alternativa es centrar el estudio en categorías profesionales específicas o en centros de trabajo concretos, es decir, focalizar el estudio a los trabajadores de enfermería de centros de salud, por ejemplo.

Finalmente, en futuros estudios sería interesante añadir más variables sociodemográficas como la situación familiar, nivel de ingresos familiar, nivel de estudios y demás, para detectar y relacionar que otros factores externos al puesto de trabajo influyen en la predisposición a sufrir Burnout.

Referencias bibliográficas

- Cabrera Bancayan, M. S., & Mg. Ledesma Luzuriaga, L. Y. (2021). Síndrome de Burnout debido al Covid-19 en personal sanitario de 3 centros de salud del distrito del Callao. Repositorio de contenidos de la Universidad César Vallejo.
- Castel Riu, A. (2021). El burnout del profesional: ¿cómo evolucionará en tiempos de crisis? *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 7–8.
- Dimitriu M.C.T., Pantea-Stoian A., Smaranda A.C., Nica A.A., Carap A.C.;Constantin V.D. (2020) Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. *Med Hypotheses*. 2020;144:10–22. doi: 10.1016/j.mehy.2020.109972.
- Efesalud, R. (2022, 19 enero). Médicos españoles, más quemados tras la pandemia COVID-19. EFE Salud.
- Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académica Profesional de Medicina Humana., Failoc Alban, D. R., Mg. Barboza, M. J., & Vega Ramos, M. A. Z. (2021). Síndrome de burnout y clima organizacional en un hospital público, durante la emergencia sanitaria por COVID – 19. Chiclayo-2021. Escuela de Medicina Humana de la Universidad Señor de Sipán.
- Fiallos Mayorga, T. J., López Pérez, G. P., Pallango Espín, B. O., & Yancha Sánchez, K. E. (2021). Síndrome de burnout en profesionales sanitarios por la pandemia del Covid 19 una revisión para la actualización. *Polo del conocimiento*, 6(9), 1692–1712.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165.
- Fundación de ciencias de la salud. (2020, junio). WEBINAR: Burnout en médicos españoles: Antes y después. Fundación Ciencias de la Salud.
- García González, G.(2021). Pandemia, personal sanitario y burnout: el síndrome de estar quemado como enfermedad del trabajo. *Lex Social: Revista De Derechos Sociales*, 11(2),3-
- Gil Montes, P. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Electrónica Psy*, 1(1), 19–32.
- Gil Monte Pedro R. (2003). Síndrome de Burnout: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás?. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19(2),181-197.ISSN: 1576-5962.
- Greene, G. (1960). A Burnt-Out Case. World Of Books.
- Hernández-Solis A, Solís-Zúñiga AK, Salgado-Carrillo ME, Juárez-Hernández M de G, Álvarez-Maldonado P, Reding-Bernal A (2021) . Identificación de un brote de SARSCoV-2 (Covid-19) en un centro gerontológico de la Ciudad de México.

- Juárez García, A. (2020). Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Salud UIS*, 52(4).
- Torres Cadillo, R. I. (2021). Estrés laboral. A propósito del síndrome del trabajador quemado (síndrome de burnout) durante la pandemia. *Revista de Derecho Procesal del Trabajo*, 4(4), 55–71.
- Lovo, J. (2020). Síndrome de burnout: Un problema moderno. *Entorno*, 70, 110–120.
- Martín Chaparro, M. P., Vera Martínez, J. J., Cano Lozano, M. C., & Molina Naverrete, C. (2004). Nuevos retos de las políticas de salud laboral en las organizaciones de trabajo: una aproximación al estrés laboral y al burnout en clave psicosocial. *Temas Laboral*, 75, 190–210.
- Martínez López, J. A., Lázaro Pérez, C., & Gómez Galán, J. (2022). MDPI Sustainability: Special Issue “Innovations in Sustainable Materials and Construction Technologies”. *Sustainability*, 14(4), 2289.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. (2020). NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o «burnout» (I): definición y proceso de generación. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Montes-Berges, B., & Fernández-García, E. (2022). El efecto de la pandemia en la salud y Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de UCI. *Enfermería Global*, 21(2), 1–27.
- Osorio-Guzmán, M., Prado-Romero, C., & Bazán-Riverón, G. E. (2021). Burnout y afrontamiento en profesionales de la salud. *Psicología y Salud*, 31(2), 267–274.
- Priede A, López-Álvarez I, Carracedo-Sanchidrián D, González-Blanch C. Mental health interventions for healthcare workers during the first wave of COVID-19 pandemic in Spain. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2021 Apr-Jun;14(2):83-89.
- Redacción Médica. (2021, 29 septiembre). Covid: El «burnout» se multiplica por 10 en la AP.
- Ruiz Sastre, P. (2021). Desgaste emocional en los profesionales sanitarios en tiempos de COVID-19. *Análisis Y Modificación De Conducta*, 47(176), 35-49.
- Salazar de Pablo, G., Vaquerizo-Serrano, J., Catalan, A., Arango, C., Moreno, C., Ferre, F., Shin, J. I., Sullivan, S., Brondino, N., Solmi, M., & Fusar-Poli, P. (2020). Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 275, 48–57.

Silva-Gomes, R. N., & Silva-Gomes, V. T. (2021). COVID-19 pandemic: Burnout syndrome in healthcare professionals working in field hospitals in Brazil. *Pandemia de la COVID-19: síndrome de Burnout en profesionales sanitarios que trabajan en hospitales de campaña en Brasil. Enfermería clínica (English Edition)*, 31(2), 128–129.

Vega Martín, V., Rodríguez Rey, R., Garrido Hernansaiz, H., & Bueno Guerra, N. (2021, julio). Evolución del impacto psicológico de la crisis sanitaria de la COVID-19 en profesionales sanitarios. V Congreso Nacional de Psicología.

Vinueza Veloz, A., Aldaz Pachacama, N., Mera Segovia, C., Tapia Veloz, E., & Vinueza Veloz, M. (2021). Síndrome de Burnout en personal sanitario ecuatoriano durante la pandemia de la COVID-19. *Correo Científico Médico*, 25(2).

Universidad de Valladolid, & Estrada Rojo, A. (2021). Proyecto de investigación: Medición del Burnout de las enfermeras de Valladolid este tras la pandemia por SARS-COV-2 (TFG).

Anexos

ANEXO I: Cuestionario de evaluación de la situación previa a la crisis sanitaria.

Síndrome del Burnout en personal sanitario tras la crisis del COVID-19

El presente cuestionario forma parte de una investigación académica realizada por Eliezer R.R para el trabajo de fin de máster en Dirección y Gestión de RRHH, impartido por la Universitat Oberta de Catalunya. Los fines de esta investigación son estrictamente académicos y las respuestas son completamente anónimas garantizando la seguridad y protección de las respuestas.

La finalidad de la presente investigación es hacer una comparativa del nivel de Síndrome del Quemado (Burnout) en el personal sanitario antes y después de la crisis sanitaria derivada del COVID-19.

Situación antes de la pandemia.

A continuación, se muestran una serie de preguntas variadas que tienen la finalidad de conocer la situación laboral de los sanitarios antes de la crisis sanitaria. Para responder a estas preguntas sitúate en el año 2019.

1. ¿Cuántas horas trabajabas semanalmente antes de la crisis sanitaria?

(respuesta abierta)

¿Y durante la crisis sanitaria?

(respuesta abierta)

2. ¿Cómo crees que era la carga de trabajo en tu puesto antes de la crisis sanitaria?

- Poca
- Moderada
- La normal para el puesto
- Mucha
- Excesiva

3. Antes de la crisis sanitaria, ¿Cuánta responsabilidad tenías en tu puesto?

- Muy poca
- Poca
- Moderada
- Mucha
- Excesiva

4. En relación a la pregunta anterior, ¿Crees que ha aumentado la responsabilidad que tienes sobre tu trabajo tras la crisis sanitaria?

- Si
- No
- No estoy seguro/a

5. Conteste a la siguiente afirmación: Creo que tras la crisis sanitaria mi atención al paciente se ha visto afectada negativamente.

- Si
- No
- No estoy seguro/a

6. Conteste a la siguiente afirmación: Antes del 2020 sentía que era eficaz en mi trabajo.

- Si
- No
- No estoy seguro/a

7. Conteste si está de acuerdo con la siguiente afirmación: Antes de la crisis sanitaria, generalmente sabía cómo actuar ante las distintas situaciones que acontecían a lo largo de la jornada.

- Si
- No
- No estoy seguro/a

8. Conteste si está de acuerdo con la siguiente afirmación: Antes de la crisis sanitaria, me gustaba y entusiasmaba ir a mi trabajo

- Si
- No
- No estoy seguro/a

9. Conteste si está de acuerdo con la siguiente afirmación: En mi puesto de trabajo, el clima laboral era mejor antes de la pandemia.

- Si
- No
- No estoy seguro/a

10. Conteste si está de acuerdo con la siguiente afirmación: Antes de la crisis sanitaria, me sentía más seguro (tanto física como psíquicamente) en mi puesto de trabajo.

- Si
- No
- No estoy seguro/a

ANEXO II: Cuestionario de MBI-GS

0= nunca.

1= pocas veces al año.

2= una vez al mes o menos.

3= unas pocas veces al mes.

4= una vez a la semana.

5= unas pocas veces a la semana.

6= todos los días.

1	Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo.	
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.	
4	Tengo facilidad para comprender como se sienten mis alumnos/as.	
5	Creo que estoy tratando a algunos alumnos/as como si fueran objetos impersonales.	
6	Siento que trabajar todo el día con alumnos/as supone un gran esfuerzo y me cansa.	
7	Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis alumnos/as.	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando. Me siento quemado por mi trabajo.	
9	Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de mis alumnos/as.	
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo la profesión docente.	
11	Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo.	
13	Me siento frustrado/a en mi trabajo.	
14	Creo que trabajo demasiado.	
15	No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunos de mis alumnos/as.	
16	Trabajar directamente con alumnos/as me produce estrés.	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis alumnos/as.	
18	Me siento motivado después de trabajar en contacto con alumnos/as.	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	
20	Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades.	
21	En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma.	
22	Creo que los alumnos/as me culpan de algunos de sus problemas.	

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO III: Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo.

	0	1	2	3	4
	Nunca	Raramente: algunas veces al año	A veces: algunas veces al mes	Frecuentemente: algunas veces por semana	Muy frecuentemente: todos los días
1) Mi trabajo me supone un reto estimulante.				0	1 2 3 4
2) No me apetece atender a algunos colaboradores.				0	1 2 3 4
3) Creo que muchos colaboradores son insoportables.				0	1 2 3 4
4) Me preocupa el trato que he dado a algunas personas en el trabajo.				0	1 2 3 4
5) Veo mi trabajo como una fuente de realización personal.				0	1 2 3 4
6) Creo que los familiares de los colaboradores son unos pesados.				0	1 2 3 4
7) Pienso que trato con indiferencia a algunos colaboradores.				0	1 2 3 4
8) Pienso que estoy saturado/a por el trabajo.				0	1 2 3 4
9) Me siento culpable por alguna de mis actitudes en el trabajo.				0	1 2 3 4
10) Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas.				0	1 2 3 4
11) Me apetece ser irónico/a con algunos colaboradores.				0	1 2 3 4
12) Me siento agobiado/a por el trabajo.				0	1 2 3 4
13) Tengo remordimientos por algunos de mis comportamientos en el trabajo.				0	1 2 3 4
14) Etiqueto o clasifico a los colaboradores según su comportamiento.				0	1 2 3 4
15) Mi trabajo me resulta gratificante.				0	1 2 3 4
16) Pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento.				0	1 2 3 4
17) Me siento cansado/a físicamente en el trabajo.				0	1 2 3 4
18) Me siento desgastado/a emocionalmente.				0	1 2 3 4
19) Me siento ilusionado/a por mi trabajo.				0	1 2 3 4
20) Me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo.				0	1 2 3 4

Fuente: CESQT. Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo