

IMPACTO DE LA PANDEMIA DE LA COVID-19 EN LA CALIDAD DE VIDA Y
SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO DEL HOSPITAL DE
ELDA



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

Investigador principal: Cristina Vicens Sifres

Tutor: Reyes Pascual Pérez

Cotutor: Vicente Gil

Unidad: Servicio Medicina Interna- Enfermedades Infecciosas

Hospital General Universitario Elda

Trabajo Final de Máster

Máster Enfermedades Infecciosas y Salud Internacional- Universidad

Miguel Hernández de Elche.

Convocatoria septiembre 2021

IMPACTO DE LA PANDEMIA DE LA COVID-19 EN LA CALIDAD DE VIDA Y SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO DEL HOSPITAL DE ELDA

Autor del Trabajo: Cristina Vicens Sifres

Tutor académico: Reyes Pascual Pérez. Cotutor: Vicente Gil

Resumen Introducción: La pandemia causada por el SARS-CoV-2, ha provocado que nuestros profesionales sanitarios sean más susceptibles a desarrollar síndrome de Burnout (SB) por estar en primera línea contra el virus. Se trata de un síndrome psicológico derivado de una respuesta prolongada a estresores crónicos emocionales e interpersonales a nivel laboral. Objetivos: Analizar la calidad de vida y el síndrome de Burnout en personal sanitario que ha trabajado durante la pandemia. Material y métodos: Estudio de base poblacional, transversal, descriptivo y de corte prospectivo, mediante encuesta en formato online mediante las escalas de EQ5D y MBI, además de otras variables sociodemográficas, en relación con la vida laboral y con el virus. Resultados: El 50% de los encuestados tiene mala calidad de vida (>5 en la EQ5D); el 18% del personal sanitario padece síndrome de Burnout. Conclusiones: La mitad del personal sanitario tiene mala calidad de vida. Uno de cada cinco sanitarios de nuestro hospital tiene síndrome de Burnout; encontrándose diferencias estadísticamente significativas según la categoría profesional y el servicio en el que se trabaja.

Palabras clave: síndrome de burnout, calidad de vida, factores de riesgo, SARS-CoV-2

Abstract Introduction: The pandemic caused by SARS-CoV-2 has made our healthcare professionals more susceptible to developing Burnout syndrome (SB) because they are on the front line against the virus. It is a psychological syndrome derived from a prolonged response to chronic emotional and interpersonal stressors at the work level. Objective: To analyze the quality of life and Burnout syndrome in health personnel who have worked during the pandemic. Material and methods: Population-based, cross-sectional, descriptive and prospective study, by means of an online survey using the EQ5D and MBI scales, in addition to other sociodemographic variables, in relation to working life and the virus. Results: 50% of those surveyed have a poor quality of life (> 5 in the EQ5D); 18% of healthcare personnel suffer from burnout syndrome. Conclusions: Half of the health personnel have a poor quality of life. One out of every five health workers has burnout syndrome; finding statistically significant differences according to the professional category and the service in which they work. Half of the health personnel have a poor quality of life.

Key words: burnout syndrome, quality of life, risk factors, SARS-CoV-2

Índice de Contenidos

1. INTRODUCCIÓN	4
2. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO.....	5
3. OBJETIVOS.....	6
Generales:	6
Específicos:.....	6
4. HIPÓTESIS	6
5. MARCO REFERENCIAL	6
6. MATERIAL Y MÉTODOS	6
6.1. Tipo de estudio.....	6
6.2. Población y muestra.....	7
<input type="checkbox"/> Criterios de inclusión	7
<input type="checkbox"/> Criterios de exclusión	7
6.3 Cálculo de tamaño muestral.....	7
6.4 Variables	7
<input type="checkbox"/> Variable principal:	7
<input type="checkbox"/> Variables secundarias:	8
6.5 Instrumentos.....	8
6.6 Técnica de análisis y procesamiento información.	11
6.7 Consideraciones Éticas	12
7. CRONOGRAMA	12
8. RECURSOS	12
9. RESULTADOS	12
10. DISCUSIÓN	19
10.1 Fortalezas y limitaciones del estudio	20
11. PERSPECTIVAS DE FUTURO	21
12. CONCLUSIONES.....	21
13. BIBLIOGRAFIA	22
14. ANEXOS	24

1. INTRODUCCIÓN

La pandemia causada por el SARS-CoV-2 ha generado en pleno siglo XXI una crisis económica, social y sanitaria sin precedentes. Pese a la estricta gestión global de brotes y medidas de cuarenta que se ha llevado a cabo, la incidencia de la Covid-19 continúa en aumento. En España el primer caso tuvo lugar el 31 de enero de 2020. Desde entonces hasta el momento actual (en julio 2021) se han notificado un total de 4.015.084 casos confirmados de COVID-19 y 81.033 fallecidos. La mayoría de las muertes ocurren en adultos mayores de 65 años. Hasta el 27 de mayo de 2021 se han notificado 132.022 casos confirmados en personal sanitario. (1) (2)

Los coronavirus son virus ARN que pertenecen a la familia *Coronaviridae* y están ampliamente distribuidos en humanos y otros mamíferos. Las infecciones que causan suelen ser leves, pero las pandemias por el SARS-CoV y el MERS-CoV han causado más de 10.000 casos acumulados en las últimas dos décadas. La sintomatología de los pacientes afectados por SARSCoV-2, es heterogénea: desde síntomas leves de las vías respiratorias altas hasta neumonitis grave e incluso síndrome respiratorio agudo severo o la muerte. La sobre activación inmunitaria sistémica secundaria a la infección por SARS-CoV-2 produce una tormenta de citosinas, pudiendo ser esta activación el factor clave en la progresión de la enfermedad, provocando fracaso multiorgánico y la muerte en los pacientes críticos con enfermedad por la Covid-19. (3)(4)

En esta situación de crisis sanitaria, la salud mental de la población se ha visto comprometida; especialmente entre los profesionales de la salud por haber estado en la primera línea de defensa contra el virus. Estos profesionales han visto aumentada su carga de trabajo, así como su jornada laboral. En los inicios de la pandemia hubo escasez de material de protección y con ello mayor exposición al patógeno en sí. Esto favoreció el miedo a contagiar a sus familiares y amigos, a sufrir aislamiento o discriminación social. Además de haber tenido que abordar a pacientes, en su mayoría de veces, solos y sabiendo que un número importante de estos fallecería consecuencia del Covid-19. Por todos estos motivos, los profesionales sanitarios pueden mostrar signos de agotamiento físico y mental, miedo a trastornos emocionales, problemas del sueño, niveles altos de ansiedad/depresión y estrés postraumático. (5)(6)

Además, este grupo de profesionales trabaja en contacto directo con personas y por ello son más susceptibles a desarrollar el conocido síndrome de Burnout (SB). La definición más aceptada de síndrome de burnout es que realizaron Maslach y Jackson describiéndolo como “*síndrome tridimensional en el que el trabajador presenta cansancio emocional, despersonalización o tratamiento cínico y actitud negativa hacia los clientes, y una baja realización personal*”. En el año 2000, la OMS lo define como “*enfermedad de riesgo laboral que causa detrimento del bienestar mental*”; tiene una elevada incidencia y la importancia de este radica en que puede llegar a poner en peligro la salud de los pacientes, por disminución significativa del rendimiento y la motivación de los profesionales de la salud. Las profesiones sanitarias son las más afectadas por este síndrome; presentando enfermería una alta prevalencia. (5) (6) (7)

2. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

En diciembre de 2019, en la provincia de Hubei (China) se informó sobre una serie de casos de neumonía de etiología no conocida. En enero las autoridades chinas identificaron como agente causal del brote al SARS-CoV-2; un nuevo coronavirus. El Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (RSI, 2005) declaró el actual brote del nuevo coronavirus como Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) ese mismo mes. El 11 de marzo de 2020, la OMS declaró la situación de pandemia internacional; poniendo a prueba los sistemas sanitarios en muchos países, incluida España. En nuestro país, el estado de alarma fue declarado el 14 de marzo; lo cual suponía una serie de medidas de confinamiento, cuarenta y aislamiento social severas; con una gran repercusión sobre nuestra forma de vida y de relacionarnos. Esta situación se prorrogó hasta junio, cuando se alcanzó la “nueva normalidad” tras el plan de desescalada. Pero la elevada propagación del virus obligó a decretar un nuevo estado de alarma, vigente hasta mayo de 2021. (8)

Desde los inicios de la pandemia, el personal sanitario ha estado expuesto a una carga asistencial no experimentada con anterioridad. Nuestro sistema sanitario se ha visto colapsado y sin recursos suficientes para poder afrontar la avalancha de enfermos por coronavirus. Se vivió un colapso sanitario sin precedentes, no solo por los afectados por el virus, sino por la incapacidad del sistema para mantener el ritmo de trabajo habitual de quirófanos o consultas externas. En el momento actual tras superar la quinta ola y habiéndose iniciado la vacunación masiva, seguimos viviendo una situación de incertidumbre; por el temor una nueva ola, el impacto las nuevas variantes y la efectividad de la vacunación a largo plazo.

La novedad de esta enfermedad, su elevada contagiosidad y la ausencia de tratamiento estandarizado ha generado un clima laboral excepcional. Es por este motivo, que creemos interesante analizar el impacto que ha tenido sobre el personal sanitario que ha estado trabajando en primera línea contra el virus en nuestro hospital.

3. OBJETIVOS

Generales:

- Medir la fatiga y/o el agotamiento psicológico (síndrome Burnout) en el personal sanitario que ha atendido a pacientes con coronavirus a través del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI).
- Conocer el impacto en la calidad de vida del personal sanitario que ha atendido a pacientes con infección por SARS-CoV-2 durante la pandemia, usando la escala de EuroQol-5D (EQ- 5D).

Específicos:

- Conocer qué factores se asocian a peor puntuación en las escalas de calidad de vida.
- Conocer qué factores se asocian a peor puntuación en el cuestionario MBI de agotamiento psicológico.
- Valorar la relación entre la calidad de vida y el estrés crónico o agotamiento emocional del personal sanitario del hospital de Elda.

4. HIPÓTESIS

El personal sanitario que ha atendido a pacientes con infección por coronavirus presenta puntuaciones indicativas de peor calidad de vida cuando se realiza el euroQ5 y mayor agotamiento psicológico (síndrome de Burnout).

5. MARCO REFERENCIAL

5.1 Búsqueda bibliográfica

Se ha realizado una búsqueda en PUBMED con los términos MESH: profesionales sanitarios, Covid-19, agotamiento psicológico, calidad de vida, factores de riesgo, enfermería; después se realizó un filtrado por English, Spanish, seleccionándose los artículos adjuntos en la bibliografía.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1. Tipo de estudio.

Realizamos un estudio de base poblacional, abierto, transversal, descriptivo y de corte prospectivo a los profesionales sanitarios del hospital de Elda. Se realizó un muestreo

por conveniencia. Entre los meses de junio-julio, se pasó una encuesta al personal médico y a los equipos de enfermería de nuestro hospital. La encuesta se envió vía correo electrónico junto con la hoja de información acerca del estudio. Antes de empezar la encuesta se debía aceptar la participación en el mismo. La participación en el estudio es anónima y voluntaria.

6.2. Población y muestra

La población diana ha sido el personal sanitario del hospital de Elda, que ha estado trabajando durante la pandemia: médicos de las diferentes especialidades médicas, del servicio de Medicina Intensiva, de Anestesia/Reanimación y de Urgencias. Además, se incluyó al personal de enfermería. Se excluyeron del estudio el servicio de Traumatología por no haber visto enfermos por SARS-CoV-2 y los servicios quirúrgicos. Se incluyeron también a los MIR, por tratarse de un hospital de formación especializada y haber participado en la asistencia de los pacientes con Covid-19.

➤ Criterios de inclusión

Médico/a o enfermero/a que ejerce su actividad laboral en el hospital de Elda y que acepte el consentimiento informado.

Que acepte participar en el estudio.

Que haya estado trabajando durante la pandemia causada por la Covid-19.

➤ Criterios de exclusión

Que no pertenezcan a los servicios descritos previamente.

Que no acepte el consentimiento informado.

6.3 Cálculo de tamaño muestral

Se plantea un estudio de base poblacional con el que se van a estudiar a todos los sanitarios de nuestro hospital que han trabajado en contacto con pacientes infectados por SARS-CoV-2.

6.4 Variables

➤ Variable principal:

Calidad de vida y síndrome de Burnout, medidas mediante las escalas de MBI y EuroQ5 respectivamente.

➤ Variables secundarias:

Sociodemográficas:

Edad: calculada a partir de la fecha de nacimiento (dd/mm/aa).

Sexo: categórica (0= mujer, 1= hombre).

Número de hijos: (no= 0; si=1).

Estado civil: definida como pareja estable. Categórica (no=0; sí=1).

Número de persona dependientes a cargo: categórica (no=0; si=1).

Laborales:

Servicio médico al que pertenece: categórica.

Años de experiencia: años de experiencia laboral (categórica: <5 años=0; > 5 años=1; > 10 años=2).

Categoría profesional (médico=0, enfermero=1 o MIR=2).

Guardias ya sean de 17 o 24h: categórica (no=0; sí=1)

Relacionadas con la enfermedad por coronavirus:

Si ha pasado el SARS-CoV-2: categórica (no=0; si=1).

Si ha realizado aislamientos preventivos (categórica: no=0; si=1).

Si tiene algún familiar fallecido por Covid-19: categórica; no=0; sí=1).

Si se ha contagiado de Covid-19: (no=0; si=1).

Con el objetivo de facilitar el análisis hemos transformado las siguientes variables:

- Años de experiencia: < 10 años (=0) y > 10 años (=1).
- Categoría profesional: Médicos/as (=0) y enfermería (=1).
- Servicios: Especialidades médicas (=0) y Medicina Interna (MI) (=1).
- Para la escala de EQ5D, se ha calculado la media de las puntuaciones (5) y la hemos convertido en una variable cualitativa (calidad de vida buena =0; calidad de vida mala >5=1).

6.5 Instrumentos

Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)

El cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) está compuesto por 22 ítems sobre los sentimientos y actitudes del profesional en el trabajo. El objetivo es medir el

desgaste profesional. Pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. (8) (9) (10)

Mide los 3 aspectos del síndrome de Burnout (dimensiones):

1. Subescala de agotamiento o cansancio emocional. Se refiere a la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16, 20). Puntuación máxima 54.

2. Subescala de despersonalización. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes frialdad y distanciamiento. Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22). Puntuación máxima 30.

3. Subescala de realización personal. Evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21). Puntuación máxima 48.

Los ítems deben ser respondidos con rangos de medida que varían de 0 (nunca) o 6 (todos los días).

Tabla 1: Interpretación de los resultados de MBI:

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Indicios de Burnout
Cansancio emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20.	Más de 26
Despersonalización	5, 10, 11, 15 y 22.	Más de 9
Realización personal	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21	Menos de 34

La puntuación descrita previamente, en las 3 dimensiones específicas, son las indicativas de que un individuo presenta indicios de síndrome de Burnout. Pero también se analizan estas dimensiones de forma individual, es decir un individuo puede tener alterado una esfera de las tres sin que ello suponga padecer síndrome de Burnout.

EuroQ5

Es un instrumento genérico de medición de la CVRS que puede utilizarse tanto en individuos sanos (población general) como en grupos de pacientes con diferentes patologías. Es el propio individuo quien valora su estado de salud, primero en niveles de gravedad por dimensiones (sistema descriptivo) y luego con una escala visual analógica (EVA) de evaluación más general. Un tercer elemento de EQ-5D es el índice de valores sociales que se obtiene para cada estado de salud generado por el instrumento.

El sistema descriptivo está compuesto por 5 dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y cada una de ellas tiene 3 niveles de gravedad (sin problemas, algunos problemas o problemas moderados y problemas más graves). En cada dimensión del EQ-5D, los niveles de gravedad se

codifican con un 1 si la opción de respuesta es “no (tengo) problemas”, 2 si la opción de respuesta es “algunos problemas o moderados problemas”; y 3 si la respuesta es “muchos problemas”.

La combinación de los valores de todas las dimensiones genera número de 5 dígitos (perfiles), habiendo 243 combinaciones (estados de salud) posibles. Por ejemplo: un individuo que no tiene problemas en ninguna de las dimensiones se expresaría con el perfil 11111.

La segunda parte del EQ-5D es una escala visual analógica (EVA) vertical, milimetrada, que va desde 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable). El uso de EVA proporciona una puntuación complementaria al sistema descriptivo de la autoevaluación del estado de salud individuo.

El índice de valores de preferencias para cada estado de salud se obtiene a partir de estudios de población general o en grupos de pacientes en los cuales se valoran varios de los estados de salud generados por el EQ-5D utilizando una técnica de valoración como el *time trade-off* (TTO). El índice oscila entre el valor 1 (mejor estado de salud) y el 0 (la muerte). Pueden obtenerse valores negativos considerándose aquellos estados peores que la muerte. El índice puede utilizarse directamente o combinarse con los años de vida para calcular AVAC (años de vida ajustados por calidad), útiles como indicador del resultado de intervenciones y, si se calculan costes, para estudios de coste efectividad. Para el cálculo de cualquier estado de salud, se asigna el valor de 1 al estado 11111 (sin problemas en de salud en las 5 dimensiones). Si se describen problemas en el nivel 2 en una determinada dimensión, se resta el valor correspondiente a cada dimensión. Se sigue el mismo procedimiento cuando hay problemas en el nivel 3, aunque multiplicando previamente el valor de la dimensión con problemas por 2. Por último, el coeficiente que corresponde al parámetro N3 (parámetro que representa la importancia dada a problemas de nivel 3 en cualquier dimensión), se resta una sola vez cuando existe al menos una dimensión con problemas en el nivel 3.

Tabla 2. Coeficientes para el cálculo de la tarifa social de valores para el EQ-5D España

Parámetro	Coeficiente
Constante	0.1502
Movilidad	0.0897
Cuidado personal	0.1012
Actividades cotidianas	0.0551
Dolor/Malestar	0.0596
Ansiedad/Depresión	0.0512
N3	0.02219

El EQ-5D es el único que ha sido adaptado y validado para su uso en España. Además, existe versión en catalán y en euskera.

Existen varias posibilidades de presentar los resultados obtenidos con el EQ5D y dependerá de la parte del instrumento (sistema descriptivo, EVA o índice) en cuestión.

Para el sistema descriptivo, lo más sencillo es la descripción por dimensiones mediante proporciones de individuos con problemas, ya sea en porcentajes de los niveles de gravedad en cada dimensión o bien agregando los niveles 2 y 3 para dar dos categorías de pacientes; con y sin problemas, en una determinada dimensión.

En el caso de la EVA, el valor otorgado al estado de salud global es una medida cuantitativa que permite comparar medias o medianas entre grupos o cambios en el tiempo. También es posible categorizar las puntuaciones obtenidas en la EVA en forma de una escala cualitativa de 5 categorías.

Finalmente, los valores de preferencia incorporados en el índice del EQ5D pueden utilizarse solos, como modo de resumen de los estados de salud. (11)(12)(13)

6.6 Técnica de análisis y procesamiento información.

Mediante las variables principales y secundarias se confeccionó una base de datos, y se realizó un análisis estadístico mediante el programa SPSS versión 24; considerándose significativo un valor de p inferior a 0.05.

Análisis estadístico descriptivo: se realizó en función del tipo de variable. Para variables cualitativas hemos empleado una proporción o una prevalencia; para cuantitativas con distribución normal se usaron medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (ej: desviación estándar); para las variables cuantitativas que no siguen la distribución normal se dividieron en cuartiles y como medidas de dispersión se empleó el rango intercuartílico.

Se realizó un análisis estadístico bivariante en función del tipo de variable. Primero se comprobó la distribución normal. Si esta era normal se aplicaron test paramétricos y si no, se emplearon los no paramétricos. La comparación de variables cualitativas con cuantitativas se hizo mediante la prueba de Chi-cuadrado. En el caso de tener algún número esperado menor a 5, en alguna de las casillas, se utilizó la prueba exacta de Fisher.

Análisis de regresión logística: Los factores que resultaron significativos o que se aproximaron a la significación con el síndrome de Burnout y la calidad de vida en el análisis univariante, se incluyeron en el análisis de regresión logística.

6.7 Consideraciones Éticas

Se ha solicitado autorización al Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) del Hospital General Universitario de Elda para la realización de este estudio. Con el objetivo de agilizar el trabajo a investigadores y participantes, en la propia encuesta, se formula la pregunta para la aceptación y autorización a la participación en el estudio. También se adjunta la hoja de información sobre el estudio. Se han considerado los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, dispuestas por la Declaración de Helsinki de la 18ª Asamblea de la Asociación Médica Mundial de junio de 1964, como modo de participación en el estudio. En todo momento se ha preservado la privacidad de los sujetos incluidos asignando a cada uno de ellos un número, sin reflejar ningún dato identificado del mismo. Esta codificación encriptada sólo ha sido conocida por el investigador principal.

7. CRONOGRAMA

El trabajo se ha realizado en el hospital General Universitario de Elda. Los pasos que se han seguido son:

1. Revisión sistemática de la literatura, preparación de la hoja de recogida de datos y diseño de la base de datos.
2. Reclutamiento de los participantes que cumplan los criterios de inclusión con previa entrega de la hoja de información al médico/enfermero.
3. Valoración de la calidad de vida y nivel de burnout (encuesta online).
4. Recogida y análisis de datos obtenidos de las encuestas entregadas.
5. Interpretación de los resultados.
6. Preparación de la memoria y del texto para su defensa

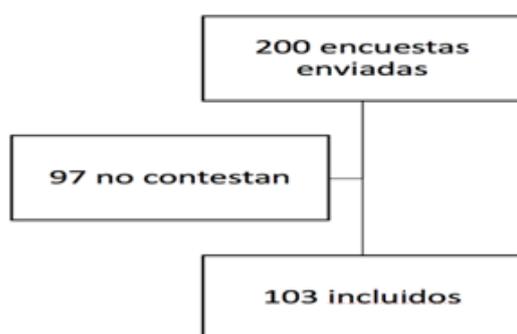
8. RECURSOS

La realización de este estudio no precisó financiación adicional. El investigador principal llevó a cabo la recogida de datos, la verificación de estos y el análisis estadístico.

9. RESULTADOS

Se enviaron 200 encuestas, obteniéndose 103 respuestas.

Figura 1.



Todos ellos aceptaron su participación mediante la aceptación del consentimiento informado y todos cumplían los criterios de inclusión. Las características de la muestra se describen en la Tabla 3.

Tabla 3: Características de la muestra

Variables	Frecuencia y porcentaje
Edad	Media 38.45 (DE 9.5) *
Sexo	
Mujeres	69 (67)
Hombres	34 (33)
Pareja estable	
No	18 (17.5)
Sí	85 (82.5)
Hijos	
No	43 (41.7)
Sí	60 (58.3)
Personas dependientes a cargo	
No	87 (84.5)
Sí	16 (15.5)
Servicio	
Medicina Interna	45 (43.7)
Especialidades médicas	58 (56)
Categoría profesional	
Médico/a	76 (73.8)
Enfermero/a	27 (26.2)
Años experiencia	
<10 años	19 (18.4)
>10 años	59 (76)
Guardias	
No	48 (46.6)

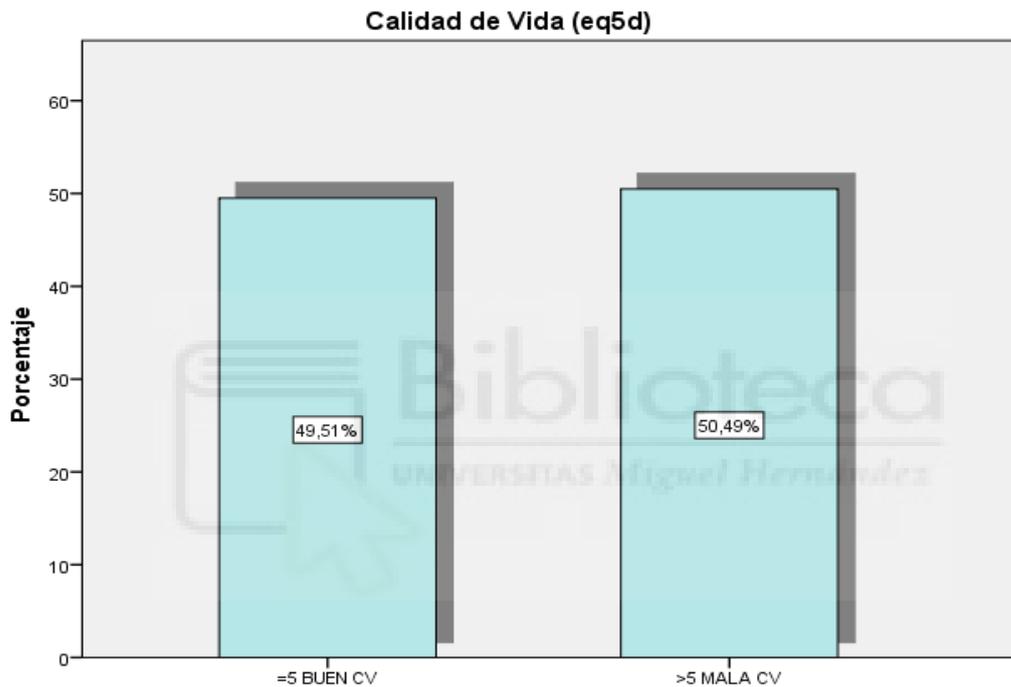
Sí	55 (53.4)
Aislamientos preventivos	
No	48 (46.6)
Sí	55 (53.4)
Contagio por Covid-19	
No	73 (70.9)
Sí	30 (29)
Familiar fallecido por Covid-19	
No	95 (92.2)
Sí	8 (7.8)
EuroQol 5D (calidad de vida)	
<5 (Mala calidad de vida)	51 (49.5)
>5 (Buena calidad de vida)	52 (50.5)
MBI (síndrome Burnout)	
No	84 (81.6)
Sí	19 (18.4)

*sobre 87; 16 pérdidas



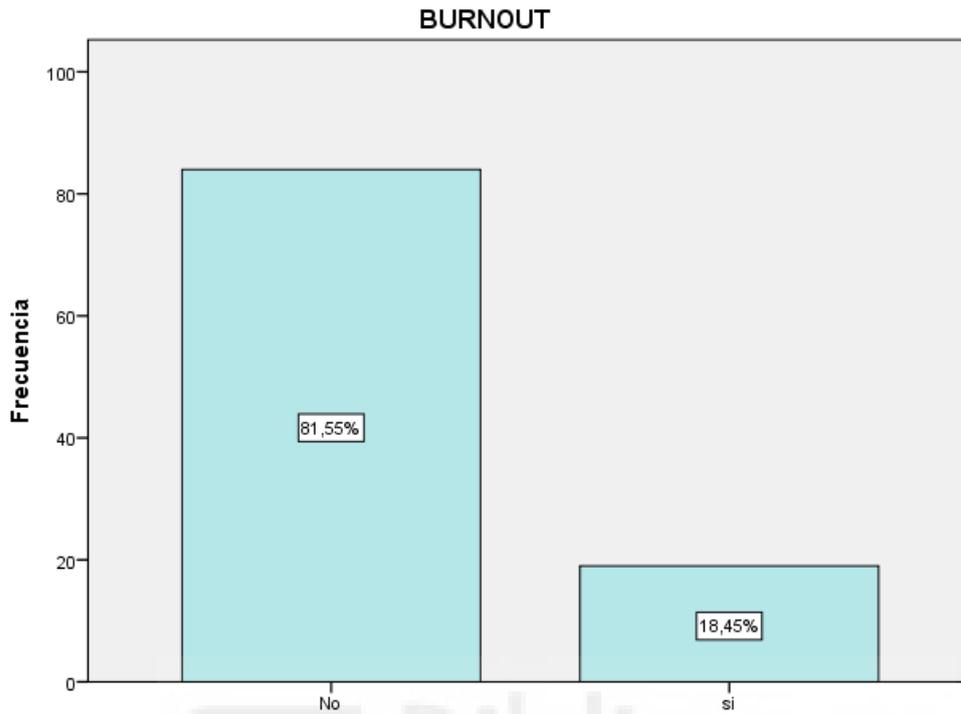
Según la escala del EQ5D; el 49.5% tiene buena calidad de vida mientras que el resto tiene puntuaciones concordantes con mala calidad de vida tras la pandemia del Covid-19. Si nos centramos en las diferentes dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión): el 20% (21) refiere tener algunos problemas mientras que el 1.9% (1) moderados problemas; en la variable ansiedad/depresión el 40% (41) tiene algunos problemas frente al 1% (1) que refiere tener moderados problemas.

Figura 2: Resultados calidad de vida



Según la escala de MBI, el 18.4% (19) de nuestro personal sanitario presenta síndrome de Burnout. Si nos fijamos en las subescalas para Burnout; existe un 60.2% (62) que presenta alto grado de cansancio emocional, un 45.6% (47) tiene alto grado de despersonalización y el 34% (35) tiene un bajo grado de realización personal.

Figura 3. Resultados para síndrome de Burnout.



Se han encontrado diferencias significativas para las variables: categoría profesional (médicos/as vs enfermería) y servicio al que se pertenece (MI vs especialidades médicas diferentes de MI). Además, aquellos que han obtenido peor puntuación para cansancio emocional presentan peor calidad de vida, siendo esta relación estadísticamente significativa. El resto de variables no mostraron diferencias significativas para ninguna de las dos escalas (EQ5D y MBI).

Tabla 4: Resultados análisis estadístico SB

Variables	Síndrome de Burnout		P valor
	NO	SI	
Sexo			0.492
Hombre	55	14	
Mujer	29	5	
Pareja estable			0.377
No	16	65	
Sí	2	17	
Hijos			0.320
No	37	47	
Si	6	13	

Personas dependientes			0.973
No	71	13	
Si	16	3	
Servicio			
Medicina Interna	41	43	0.001
Especialidades Médicas (otras)	17	2	
Categoría profesional			0.004
Médico/a	57	19	
Enfermero/a	27	0	
Años experiencia			0.822
<10 años	16	3	
>10 años	50	11	
Guardias			0.560
No	38	46	
Sí	10	9	
Aislamientos preventivos			0.941
No	39	45	
Sí	9	10	
Contagio por covid-19			0.391
No	58	26	
Sí	15	4	
Familiar fallecido por Covid-19			0.644
No	78	6	
Sí	17	2	
Calidad de Vida			0.006
Buena (=5)	47	4	
Mala (>5)	37	15	

Tabla 5. Resultado análisis estadístico EQ5D

Variables	Calidad de Vida		P valor
	Buena (=5)	Mala (>5)	
Sexo	18	16	0.625
Hombre	33	36	
Mujer			
Pareja estable	11	7	0.279
No	40	4	
Sí			
Hijos	24	19	0.279
No	27	33	
Si			

Personas dependientes	45	42	0.296
No	6	10	
Sí			
Servicio	21	24	0.611
Medicina Interna	30	28	
Especialidades Médicas			
Categoría profesional	41	35	0.131
Médico/a	10	17	
Enfermero/a			
Años experiencia	10	9	0.608
<10 años	28	33	
>10 años			
Guardias	19	29	0.060
No	32	23	
Sí			
Aislamientos preventivos	23	25	0.762
No	28	27	
Sí			
Contagio covid-19	34	39	0.352
No	17	13	
Sí			
Familiar fallecido covid-19	49	46	0.149
No	2	6	
Sí			
MIR	13	10	0.446
No MIR	38	42	
Urgencias	45	47	0.724
Otros servicios	6	5	

En el análisis de regresión lineal para la escala de calidad de vida, ninguna variable se comportó de forma independiente. Mientras que, en la escala de valoración para el síndrome de Burnout, la variable servicio al que se pertenece (MI vs especialidades médicas) se relacionó de forma independiente con el Burnout, siendo estadísticamente significativa para no padecer dicho síndrome (OR 6.18; IC 1.30-29.32).

10. DISCUSIÓN

En nuestro estudio, el 18.4% (19) de nuestros profesionales sanitarios presenta síndrome de Burnout y el 50% (52) mala calidad de vida.

En el análisis univariante, el SB solo se asoció de forma significativa con la categoría profesional: los médicos/as presentaban mayor burnout que las enfermeras/os y con las especialidades médicas diferentes de MI. Sin embargo, al realizar el análisis multivariante solo se comportó como variable independiente la especialidad médica de forma que los internistas que se asocian de forma inversa con el SB.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio tienen relación estrecha con la n (103) así como la distribución asimétrica de la misma; no contamos con el mismo número de participantes en la categoría profesional (hay más profesionales médicos que enfermería), por lo que ello podría suponer un sesgo de selección. Se puede interpretar que los resultados para SB son peores en las especialidades médicas (diferentes de Medicina Interna) puesto que estos facultativos han sufrido una reubicación de su puesto laboral y un reto en el manejo de pacientes complejos a los que no se exponen frecuentemente, si bien es cierto que está enfermedad ha sido y sigue siendo un reto terapéutico en continuo cambio e investigación.

El Covid-19 ha supuesto una situación de estrés como nunca se había vivido para nuestros profesionales. La emergencia de una nueva enfermedad desconocida hasta ahora y con un alcance no sospechado ha impactado de forma importante de manera que el personal sanitario se ha visto afectado a nivel mental y muchos han precisado asistencia psicológica. Se han publicado diferentes estudios, uno de los más amplios es el trabajo de *Alonso et al* (14), en el que se evalúa la prevalencia de trastornos mentales y factores asociados a la primera hora de Covid-19 entre los sanitarios españoles. En él se concluye que uno de cada siete sanitarios presentó un probable trastorno mental discapacitante durante la primera oleada. Los sujetos con trastornos mentales previos a la pandemia, los que estuvieron expuestos con frecuencia a pacientes con Covid-19, los infectados o en cuarentena aislados, las mujeres y las auxiliares de enfermería deben de ser considerados grupos de riesgo. Otro estudio en nuestro país, (15) evaluó factores que podrían desestabilizar la salud mental de los profesionales sanitarios. Se valoró ansiedad, estrés, depresión y dificultad para conciliar el sueño observándose también un mayor nivel de estrés, depresión ansiedad e insomnio entre la mujeres y profesionales de mayor edad. Los trabajos de *Chen Q et al* y *Huang JZ et al* también han demostrado que la pandemia ha dado lugar a diferentes trastornos mentales entre el personal sanitario. (16)(17)

Sin embargo, en nuestro estudio, no valoramos salud mental sino el síndrome de Burnout y la calidad de vida, aunque si incluimos variables similares a las de estos estudios y únicamente encontramos diferencias por categoría profesional y servicios médicos; estos hallazgos coinciden con el trabajo de *Vinueza et al.*, donde el personal médico fue afectado con mayor frecuencia que el personal de enfermería. (18)

En nuestro estudio los profesionales de Medicina Interna (MI) son los que tienen menor riesgo para el desarrollo de SB a diferencia de lo que se refleja en la literatura. Según un

estudio reciente (19); durante el brote de Covid-19 más del 40% de los internistas de España presentó síndrome de Burnout. Se relacionó de forma independiente con la asistencia a pacientes con infección por SARS-CoV-2, la falta de equipos de protección personal (EPP) i, mayor responsabilidad, la ausencia de compensación económica a pesar de trabajar horas extras, la ausencia de descanso después de turnos de 24 horas, no haber tenido vacaciones en los 6 meses previos y el uso de transporte público para desplazarse. Más del 90% de los internistas españoles atendieron a pacientes con SARS-CoV-2, y la mayoría experimentó cambios en su vida laboral y personal causada por el brote. El trabajo excesivo y el miedo por contagiar a sus familiares aumentaron el estrés y el agotamiento. Los trabajadores de la salud tenían que trabajar turnos más largos con mayor responsabilidad. Esta situación provocó un aumento de estrés y dilemas éticos a la hora de decidir qué pacientes eran candidatos para UCI.

Sin embargo, en nuestro estudio el ser especialista en MI parece proteger del Burnout. Un factor que puede haber influido es la juventud de los participantes en la encuesta, ya que en nuestro hospital la mayoría de los internistas tienen menos de 40 años. Pero, además, el internista es un médico generalista donde el factor vocacional cobra especial relevancia. Son un grupo de profesionales que suelen soportar gran presión asistencial. Su versatilidad y polivalencia le capacitan para adaptarse a nuevos retos, y tratar pacientes con enfermedades emergentes, con patologías complejas y comorbilidades asociadas. En nuestro hospital hemos visto a los internistas agotados, pero, sin embargo, han mantenido el entusiasmo y la disponibilidad ante la complicada situación de la pandemia. Esta enfermedad un estímulo para avanzar en el conocimiento y en la solución de problemas; como decía Erasmo de Rotterdam “en el estudio no existe la siedad”.

10.1 Fortalezas y limitaciones del estudio

La fortaleza del estudio radica en la idea clínica; el síndrome de Burnout es una patología de relevancia entre los profesionales de la salud por trabajar en contacto directo con personas, pero no se le da el peso y la importancia que tiene y sobre todo no existen medidas para su detección precoz (cribado) y con ello posible prevención vs tratamiento del problema.

Limitaciones: se trata de un estudio transversal, por tanto, solo realiza un corte en el tiempo. Además, se necesita de la colaboración y la voluntariedad de los participantes para poder realizar el estudio, y con ello negarse a participar en el mismo. No hemos tenido en cuenta los antecedentes de enfermedades psiquiátricas en los participantes del estudio; por tratarse de compañeros de trabajo, más fáciles de identificar con el objetivo de no tener que revisar su historia clínica y preservar su privacidad médica.

Un factor para considerar es el momento en el que los participantes reciben la encuesta, no tuvo lugar en plena pandemia (fue durante alguna de las olas de la pandemia) sino a posteriori pudiendo así minimizar la situación de estrés, agotamiento físico/emocional y ansiedad percibida por el participante (infraestimación del problema). Pero hemos de tener en cuenta que el síndrome de Burnout es una patología que hace referencia a una situación crónica; una exposición crónica y por ello no se deben confundir los términos.

Tampoco sabemos de qué situación partimos puesto que es probable que alguna de las alteraciones encontradas estuviese ya presente, previo a la pandemia por lo que puede limitar la valoración del impacto de esta en nuestro estudio.

Otra limitación es la baja tasa de respuesta, pese a haberse enviado por correo personal y haberse realizado recordatorios orales. En otros estudios la tasa de respuesta también ha sido baja.

11. PERSPECTIVAS DE FUTURO

Los datos sobre agotamiento en profesionales de la salud se basan en estudios transversales con las limitaciones propias de este tipo de estudios. Se necesitan estudios longitudinales para conocer la causa-consecuencia del agotamiento psicológico (SB).

Una vez establecidas las causas y consecuencias; promover estrategias de diagnóstico precoz y prevención de este síndrome por las consecuencias sobre el profesional y sobre los pacientes, así como establecer programas de salud mental teledirigidos como se ha hecho en China o Ecuador (Liu S et al, 2020) (20) (21)

12. CONCLUSIONES

Aproximadamente, uno de cada cinco de los profesionales sanitarios del hospital de Elda, tiene síndrome de Burnout tras la pandemia.

La mitad del personal sanitario tiene mala calidad de vida tras la pandemia.

No hemos encontrado ningún factor asociado de forma independiente ni con Burnout ni con mala calidad de vida, salvo la especialidad de medicina interna que se comporta como factor protector para el síndrome de Burnout.

En nuestro estudio, hemos observado una asociación significativa entre mala calidad de vida y desarrollo del síndrome de Burnout.

13. BIBLIOGRAFIA

1. Actualización nº385 enfermedad SARS-CoV-2 (COVID-19). Ministerio de Sanidad. Centro de coordinación de alertas y emergencias sanitarias. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_385_COVID-19.pdf.
2. Actualización nº 417. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 13.07.2021. Ministerio de Sanidad. Centro de coordinación de alertas y emergencias sanitarias.
https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_417_COVID-19.pdf.
3. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395:497-506.
4. Song P, Li W, Xie J, et al. Cytokine storm induced by SARS-CoV-2. *Clin Chim Acta*. 2020;509:280-287. doi:10.1016/j.cca.2020.06.017
5. García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, Martín Pereira J, et al Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. 2020; 94(1): e1-e20
6. Gómez-Urquiza JL, Monsalve-Reyes CS, San Luis-Costas C, et al. Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática [Risk factors and burnout levels in Primary Care nurses: A systematic review]. *Aten Primaria*. 2017;49(2):77-85. doi:10.1016/j.aprim.2016.05.004
7. Molina-Praena J, Ramirez-Baena L, Gómez-Urquiza JL, et al. Levels of Burnout and Risk Factors in Medical Area Nurses: A Meta-Analytic Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2018, 15, 2800; doi:10.3390/ijerph15122800.
8. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Alerta inicial 31.12.2019. Enfermedad por nuevo coronavirus, Covid-19.
https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_453_COVID-19.pdf
9. Martínez Pérez A. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*. ISSN 1575-2844, Nº. 112, 2010. 10.15178/va.2010.112.42-80.
10. Miravalles J. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory. Gabinete Psicológico San Juan de la Cruz 11, 2 Izq., Zaragoza. Disponible en:
<http://www.javiermiravalles.es/sindrome%20burnout/Cuestionario%20de%20Maslach%20Burnout%20Inventory.pdf>.

11. EuroQoL Group (1990). EuroQoL – a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 16(3):199-208. www.euroqol.org.
12. Rabin R, de Charro F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Ann Med*. 2001 jul;33(5):337-343. doi: 10.3109/07853890109002087.
13. Herdman M, Badia X y Berra S – El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria* 2001.28 (6): 425-429
14. Alonso J, Vilagut G, Mortier P, et al. Mental health impact of the first wave of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers: A large cross-sectional survey. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. 2021;14(2):90-105. doi:10.1016/j.rpsm.2020.12.001
15. Santamaría MD, Ozamiz-Etxeberria N, Redondo Rodríguez I et al. Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Rev Psiquiatr Ment (Barc)* 2021;14:106–112.
16. Huang JZ, Han MF, Luo TD et al. Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi*. 2020; 38(3): 192- 195. doi: 10.3760/cma.j.cn12109420200219-00063.
17. Wang C, Pan R, Wan X et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17:1705-1729. Doi: 10.3390/ijerph17051729.
18. Vinuesa Veloz FA, Aldaz Pachacama NR, Mera Segovia CM et al. Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab* 2020;29(4): 330-339.
19. Macía-Rodríguez C, Alejandro de Oña Á, Martín-Iglesias D, et al. Burn-out syndrome in Spanish internists during the COVID-19 outbreak and associated factors: a cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2021 11;11(2): e042966. doi:10.1136/bmjopen-2020-04296).
20. Lui S, Yang L, Zhang C et al., Online mental health services in China during de COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry* 2020;7(4): e17- e19.
21. Ecuador M de SP(MSP). Protocolo de atención tele asistida de salud mental en COVID-19. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/03/MTT2-PRT-005-Protocolo-de-salud-mental_2020.pdf.

14. ANEXOS

ANEXO I: Hoja de recogida de datos.

	SI	NO		
VARIABLE				
Acepta consentimiento				
Edad				
Sexo				
Pareja estable				
Hijos				
Personas dependientes a su cargo				
Servicio en el que trabaja				
Categoría profesional	Médico	Enfermero	MIR	
Años de experiencia				
Guardias				
Aislamiento preventivo				
Contagio por SARS-CoV-2				
Familiar fallecido por COVID-19				
Puntuación MBI				
Puntuación EQ5				

ANEXO II: Hoja de información.

TÍTULO DEL ESTUDIO: “IMPACTO DE LA PANDEMIA POR LA COVID-19 EN LA CALIDAD DE VIDA Y SÍNDROME DE BURNOUT DEL PERSONAL SANITARIO DEL HOSPITAL DE ELDA”.

1. **INTRODUCCIÓN:** Nos dirigimos a usted para informarle sobre el estudio en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica correspondiente y la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, de acuerdo a la legislación vigente, el Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos. Nuestra intención es tan sólo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación.
2. **PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:** La participación en el estudio es totalmente voluntaria, puede decidir no participar y con ello no completar la encuesta que se le propone.
3. **DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:** En el servicio de Medicina Interna/Unidad de Enfermedades Infecciosas estamos llevando a cabo un estudio para valorar el impacto de la pandemia en la calidad de vida y frecuencia del síndrome de burnout en el personal sanitario que ha estado trabajando durante las diferentes olas de la pandemia. De los resultados de este estudio esperamos extraer datos que nos ayuden a valorar secuelas derivadas de la misma y posteriormente establecer si se precisa una intervención con el objetivo de mejorar la salud mental de nuestros sanitarios.
4. **RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO:** La participación en este estudio no supone ningún riesgo derivado de la misma, ya que no se va a realizar ningún cambio en el tratamiento ni va a suponer un cambio en el seguimiento de su enfermedad.
5. **CONFIDENCIALIDAD:** El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo con lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación,

oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal del estudio. En la encuesta que usted se dispone a completar, no existe ninguna pregunta que permita su identificación.



ANEXO III: Consentimiento informado

TÍTULO DEL ESTUDIO: “IMPACTO DE LA PANDEMIA DE LA COVID-19 EN LA CALIDAD DE VIDA Y SÍNDROME DE BURNOUT DEL PERSONAL SANITARIO DEL HOSPITAL DE ELDA”.

YO,

D/a

En relación con el estudio arriba indicado:

- Se me ha propuesto participar.
- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio y mi participación.
- He recibido suficiente información, se me ha respondido convenientemente y lo he entendido.

Y he hablado con el investigador, Cristina Vicens Sifres, COMPREENDO:

- a) Que mi participación es voluntaria;
- b) Que puedo retirarme del estudio:
 1. Cuando quiera.
 2. Sin tener que dar explicaciones.

ASÍ, PRESTO LIBREMENTE MI CONFORMIDAD PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO Y DOY MI CONSENTIMIENTO PARA EL ACCESO Y UTILIZACIÓN DE MIS DATOS EN LAS CONDICIONES DETALLADAS EN LA HOJA DE INFORMACIÓN.

Si

No

En Elda, a _____ de _____ de 20__

Firma del participante

ENCUESTA CONFECCIONADA

En primer lugar, necesitamos su aceptación (consentimiento informado) para la participación en nuestro estudio. ¿Acepta participar en nuestro estudio? Sí; No.

1. Marque con una cruz la afirmación en cada sección que describa mejor su estado de salud **en el día de hoy.**

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

Cuidado-Personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo
- Soy incapaz de lavarme o vestirme solo

Actividades de Todos los Días (ej: trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días
- Soy incapaz de realizar mis actividades de todos los días

Dolor/Malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/Depresión

- No estoy ansioso/a ni deprimido/a
- Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a
- Estoy muy ansioso/a o deprimido/a

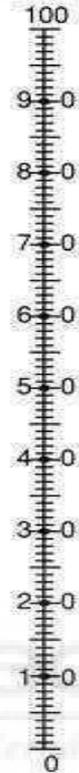
TERMÓMETRO EUROQOL DE AUTOVALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice «Su estado de salud hoy» hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

Su estado de salud hoy

El mejor estado de salud imaginable



El peor estado de salud imaginable



Señale el número que crea oportuno sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

- | |
|--|
| <p>0 = Nunca.
 1 = Pocas veces al año o menos.
 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.</p> |
|--|

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 pacientes	
5. Creo que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.	
6. Siento que trabajar todo el día con pacientes supone un gran esfuerzo y me cansa.	
7. Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.	
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 pacientes	
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo la profesión sanitaria	
11. Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente	
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo.	
13. Me siento frustrado en mi trabajo	
14. Creo que trabajo demasiado.	
15. No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunos de mis pacientes	
16. Trabajar directamente con pacientes me produce estrés.	
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18. Me siento motivado después de trabajar en contacto con los pacientes	
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 pacientes me culpan de algunos de sus problemas.	

Por último, responda a las siguientes preguntas.

1. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?
2. ¿Cuál es su sexo?
3. ¿Tiene pareja estable?
4. ¿Tiene hijos?
5. ¿Tiene personas dependientes a su cargo?
6. ¿En qué servicio trabaja?
7. ¿Cuál es su categoría profesional?
8. ¿Cuál es su turno de trabajo?
9. ¿Cuántos años de experiencia tiene?
10. ¿Realiza usted guardias; ya sean de 24 o 17h?
11. ¿Ha tenido que realizar aislamientos preventivos durante la pandemia?
12. ¿Tiene algún familiar fallecido por la COVID-19?