

Síndrome de *burnout*, resiliencia y miedo a la COVID-19 en personal sanitario durante la pandemia por SARS-CoV-2

Bélgica Zambrano Bohorquez^a, Alejandro Villarín Castro^a, Francisco Muñoz Bodas^a e Isabel Gómez Rey^a

^a Gerencia de Atención Primaria de Toledo. Toledo (España).

Correspondencia

Bélgica Zambrano Bohorquez.

Correo electrónico

belgicazambranob@hotmail.com

Recibido el 16 de febrero de 2022.

Aceptado para su publicación el 19 de julio de 2022.

RESUMEN

Objetivo: describir la relación entre *burnout*, resiliencia y miedo frente a la COVID-19 del personal de salud que trabaja en la Gerencia de Atención Primaria de Toledo (GAPTO) durante la emergencia sanitaria por la pandemia por SARS-CoV-2.

Diseño: estudio descriptivo, observacional y transversal.

Emplazamiento: GAPTO, España.

Participantes: 96 profesionales de medicina y enfermería de la GAPTO.

Mediciones principales: se incluyeron las siguientes variables: características sociodemográficas, condiciones laborales, *burnout*, resiliencia y miedo a la COVID-19.

Resultados: la prevalencia del *burnout* fue de 36,5%, el riesgo de desarrollar *burnout* fue de 28,1%. Un 50% de los profesionales tenía alterada la subescala de agotamiento emocional (AE), que puede estar asociada o no con alteraciones de las otras subescalas. Un 42,7% de la población estudiada mostró baja resiliencia. Un 45,8% tenía poco miedo a la COVID-19; un 43,8%, un miedo moderado, y un 10,4% presentaba altos niveles de miedo. Se encontró asociación inversa entre el síndrome de *burnout* y la resiliencia. También se observó relación entre el miedo a la COVID-19 y el *burnout*. La resiliencia y el miedo a la COVID-19 tienen una asociación más fuerte que el resto de las variables. Otras variables relacionadas con la presencia de *burnout* fueron la profesión y el servicio donde trabajan los profesionales.

Conclusiones: el síndrome de *burnout* afectó a una elevada proporción de profesionales de la sanidad de la GAPTO en el marco de la pandemia por COVID-19, siendo el AE la subescala predominantemente afectada, que se encuentra relacionada con los niveles de resiliencia y de miedo a la COVID-19.

Palabras clave: *burnout*, COVID-19, resiliencia, pandemia, profesionales de la salud.

BURNOUT SYNDROME, RESILIENCE AND FEAR OF COVID-19 IN HEALTHCARE PROFESSIONALS DURING THE SARS-COV-2 PANDEMIC

ABSTRACT

Objective: to report the relationship between *Burnout*, levels of resilience and fear of COVID-19 in health professionals working in Toledo Primary Care Management (GAPTO) during the health emergency due to the SARS-CoV-2 pandemic.

Design: descriptive, observational and cross-sectional study.

Location: GAPTO, Spain

Participants: 96 GAPTO medical and nursing professionals

Main measurements: the variables included were: sociodemographic characteristics, working conditions, *burnout*, resilience and fear of COVID-19.

Results: the prevalence of *burnout* syndrome was 36.5%, the risk of developing *burnout* was 28.1%. A total of 50% of professionals underwent an alteration on the emotional exhaustion subscale, which may or may not be associated



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

with alterations on the other subscales. A total of 42.7% of the population shows low resilience; 45.8%, 43.8% and 10.4% have little, moderate and a high fear of COVID-19. An inverse association was detected between burnout syndrome and resilience. A relationship was also found between the fear of COVID-19 and burnout. Resilience and fear of COVID-19 have a stronger association than the rest of the variables. Other variables related to the presence of burnout were the profession and the department where the professionals work. Conclusions: burnout syndrome affects a high proportion of health professionals working in GAPTO, Spain, in the framework of the COVID-19 pandemic. Emotional exhaustion is the predominantly affected subscale, which is related to levels of resilience and fear of COVID-19.

Keywords: Burnout, COVID-19, Health Care Professionals, Pandemic, Resilience.

INTRODUCCIÓN

A finales de 2019, el mundo entero fue abatido por una nueva amenaza para la salud pública, una enfermedad respiratoria ocasionada por un nuevo coronavirus, el SARS-CoV-2. Esta entidad fue denominada *CoronaVirus Infections Disease, 2019* (COVID-19). Pese a las medidas de contención poblacional decretadas por las autoridades sanitarias de todo el mundo, el número de personas infectadas no paró de aumentar y los sistemas sanitarios se vieron colapsados¹.

En tal sentido, las investigaciones confirman que la pandemia y las restricciones impuestas han tenido un impacto negativo en el bienestar psicológico. El miedo constituye la respuesta psicológica más común a un estresor de esta naturaleza, es una respuesta adaptativa en relación con la amenaza y promueve la adaptación y el afrontamiento. Sin embargo, los niveles de miedo han aumentado drásticamente durante la pandemia². En el caso de los profesionales de la sanidad, han cumplido con su trabajo, pero sometidos a un gran estrés; esto genera un alto impacto emocional, al tratarse de personas que estuvieron y están en primera línea de la defensa contra el virus, por ende, es probable que sufran problemas mentales y afectivos, tales como miedo, síndrome de estrés posttraumático, trastornos afectivos y *burnout*, entre otros.

El desgaste profesional o *burnout* es un síndrome que ha ganado una mayor atención tras el brote de COVID-19^{3,4}. El *burnout* tiene varias definiciones y se evalúa mediante una variedad de métodos, siendo el más utilizado el Maslach Burnout Inventory (MBI)⁵. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el *burnout* se define como estrés laboral crónico⁶. Es un síndrome psicológico caracterizado por tres dimensiones: agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y baja realización personal (RP). El AE describe sentimientos de estar emocionalmente sobrecargado y agotado por el trabajo. La DP designa insensibilidad y comportamientos negativos hacia los destinatarios de los cuidados y desapego del cuidado. El aspecto final del agotamiento es un bajo nivel de RP, que se caracteriza por sentimientos de ser incompetente e incapaz de cumplir con las responsabilidades del trabajo⁵.

Además de la escasez de recursos y las demandas del trabajo, la amenaza percibida por la COVID-19 ha podido contribuir a la aparición de *burnout* entre los profesionales sanitarios^{7,8}. La idea de la percepción de amenaza de la COVID-19 en el personal de salud es un aspecto hasta ahora poco estudiado. Particularmente en España, la situación sanitaria ocasionada por la COVID-19 ha generado un clima de miedo y alarma que puede contribuir a la aparición de *burnout*, pues ha conllevado un aumento significativo de las exigencias físicas y psicológicas de los profesionales sanitarios.

Un factor importante que puede proteger el bienestar de las personas de los efectos negativos del estrés relacionado con el trabajo tanto a nivel personal como organizacional es la resiliencia, definida como rasgos de la personalidad y cognitivos de confianza en sí mismo, ingenio, curiosidad, autodisciplina, sobriedad y flexibilidad junto con habilidades para resolver problemas y resistencia emocional⁹. También se puede definir como la capacidad de recuperarse de las adversidades. Una revisión sistemática evidencia que la resiliencia puede amortiguar los efectos del AE y el *burnout* entre las enfermeras que trabajan en entornos de atención médica¹⁰.

Estudios previos han encontrado consistentemente una asociación entre el miedo a la COVID-19 y el *burnout*, así como una serie de problemas de salud mental, disminución de la satisfacción con la vida y el bienestar general. A pesar de un mayor riesgo de *burnout* durante la pandemia, muchos trabajadores de primera línea pudieron funcionar de manera efectiva, lo que sugiere que la resiliencia es un recurso potencial para mitigar los efectos negativos del miedo a la COVID-19¹¹⁻¹⁴. En base a ello, se planteó la siguiente hipótesis: el miedo a la COVID-19 se correlaciona positivamente con el *burnout* en tanto que la resiliencia se correlaciona negativamente en profesionales sanitarios que trabajan en la Gerencia de Atención Primaria de Toledo (GAPTO) en el marco de la pandemia por la COVID-19.

Por tanto, este estudio se centró en describir la relación entre *burnout*, resiliencia y miedo frente a la COVID-19 del personal de salud que trabaja en la GAPTO durante la emergencia sanitaria por la pandemia de la COVID-19.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde abril a mayo de 2021, meses de la pandemia por COVID-19, se hizo un estudio descriptivo, observacional y transversal con personal que trabaja en la GAPTO. La población estuvo compuesta por 779 profesionales de medicina y enfermería. Se les envió una encuesta, con participación voluntaria; no se hizo una elección por conveniencia. Se incluyeron profesionales que estuvieran trabajando en la GAPTO en el momento del estudio y que aceptaron participar voluntariamente en él mediante la firma del consentimiento informado. Se excluyó a los profesionales que no desearon participar y a quienes no respondieron completamente la encuesta.

Para hacer la investigación, se solicitó el permiso correspondiente y la información necesaria a la dirección de la GAPTO a fin de difundir la encuesta entre la población de estudio. Posteriormente, se envió una convocatoria por escrito mediante correo electrónico para el personal médico y de enfermería que trabajaban en el pe-

río antes mencionado. Luego se mandó el consentimiento informado y un cuestionario para que los participantes los completaran y los devolvieran por la misma vía. Se envió un recordatorio de participación al mes del contacto inicial. Una vez recibidos los cuestionarios, se revisaron para chequear que estuvieran completamente contestados e identificar las encuestas que estaban incompletas.

Se diseñó un cuestionario autoadministrado para que las personas participantes lo respondieran anónimamente, que incluyó las siguientes variables:

- Características sociodemográficas y condiciones laborales: sexo, edad, ocupación, servicio y turno en el que trabajan.
- Síndrome de *burnout*: determinado mediante la escala Maslach Burnout Inventory, validada previamente en España^{15,16}, que consta de 22 preguntas valoradas según una escala tipo Likert (0-6 puntos) compuesta por tres subescalas; AE, DP y RP. Las puntuaciones para cada escala se obtienen sumando las puntuaciones de cada ítem. Se calculó el índice de prevalencia del *burnout* a través de puntos de corte alto de AE, alto DP y baja RP. Son indicativos de *burnout* las puntuaciones mayores o iguales a 27, superiores o iguales a 10 puntos para la escala DP y menor o igual a 33 puntos en la subdimensión RP. La prevalencia global de *burnout* se calculó considerando que un individuo tiene este síndrome si se observan en él dos o más dimensiones afectadas¹⁷ y presenta riesgo de desarrollarlo si hay al menos una dimensión alterada¹⁸.
- Resiliencia: evaluada mediante la escala de resiliencia de 10 ítems de Connor-Davidson (CD-RISC 10). La CD-RISC 10 está compuesta por 10 ítems en escala tipo Likert (0-4 puntos), validada para la población española¹⁹⁻²¹. Para averiguar el nivel de resiliencia, se suma la puntuación obtenida en cada uno de los ítems. A mayor puntuación, mayor resiliencia. Se establecieron tres niveles para clasificar el nivel de resiliencia: bajo, moderado y alto. Para establecer los puntos de corte, se calcularon los intervalos de clase. De tal modo que valores menores o iguales a 27 se correspondían con niveles de resiliencia baja; puntuaciones entre 28 y 35, con niveles moderados, y valores iguales o mayores a 36, con niveles altos.
- Miedo a la COVID-19: valorado mediante la Fear COVID Scale, esta escala mide la severidad del miedo a la COVID-19²² y está validada para la población española²³. Está compuesta por siete ítems en escala tipo Likert (1-5 puntos). La puntuación total se obtiene sumando la puntuación de cada ítem (7-35 puntos). A mayor puntuación, mayor será el miedo a la COVID-19²². Para clasificar el miedo a la COVID-19, se establecieron tres niveles: bajo, moderado y alto. Para establecer los puntos de corte, se calcularon los intervalos de clase. De tal modo que valores entre 7 y 16 se correspondían con niveles de miedo a la COVID-19 bajos; entre 17 y 26, con niveles moderados, y entre 27 y 35, con niveles altos.

El análisis estadístico se hizo con el programa SPSS v26.0 (IBM Corp Released, 2013). En primer lugar, se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables estudiadas (medidas de tendencia central y

dispersión). La correlación entre dos variables categóricas y la comparación de los porcentajes se analizó mediante la prueba chi-cuadrado. Para la comparación de valores medios en más de dos grupos independientes, se empleó el test de ANOVA de un solo factor, pues los datos mostraban una distribución normal. En todos los casos se consideró un nivel de significancia inferior a 0,05 para contraste de hipótesis. Para el análisis multivariante se hizo un análisis de correspondencia múltiple (ACM) para evaluar la asociación entre las variables estudiadas.

El ACM se empleó para valorar la asociación multivariante en términos de alta asociación, fuerza de asociación y relación negativa. El ACM se utiliza como técnica de análisis multidimensional, se basa en la extracción de información de un conjunto de datos de difícil comprensión inmediata para describir relaciones presentes en el conjunto de variables sobre un espacio de pocas dimensiones y al mismo tiempo describir las relaciones entre las categorías de cada variable, determinando un número reducido de variables no observables que expliquen al máximo la varianza total. El ACM proporciona una representación multivariante de la interdependencia de datos no métricos, prefiriéndose por la naturaleza ordinal de la mayoría de las variables incluidas^{24,25}.

Los autovalores de los ejes o factores son la inercia que cada factor tiene a la hora de definir los puntos en ese espacio factorial. El coeficiente de alfa de Cronbach se usa para conocer la consistencia interna de cada autovalor que determina cada una de las dimensiones. Se considera que la consistencia interna es alta si el valor del alfa de Cronbach es superior a 0,7. Por tanto, el modelo propuesto tiene consistencia interna, pues el valor del alfa de Cronbach fue 0,943 (dato no mostrado), lo que le aportó validez al modelo.

En cuanto a los aspectos éticos, el estudio siguió las directrices establecidas en la declaración de Helsinki y sus posteriores actualizaciones²⁶, asimismo fue aprobado por el Comité de Ética del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

RESULTADOS

Se recibieron 97 cuestionarios y se desestimó uno porque no cumplía con los criterios de inclusión. La tasa de respuesta fue del 12,5%. En la **tabla 1** se muestran las características sociodemográficas y las condiciones laborales de la población.

En relación con las tres subdimensiones que engloban el *burnout*, se encontró que un 50% de la población presentaba puntuaciones altas de la subescala AE, un 22,9% mostró puntuaciones altas en la subescala DP y un 41,7% presentó puntuaciones bajas en la subescala RP. Para determinar la prevalencia global del síndrome de *burnout*, se tomó en consideración a quienes presentaban alteraciones en dos o más variables; asimismo, se determinó la proporción de individuos que se encontraban en riesgo de *burnout* por presentar alterada una de las subescalas que conforman el síndrome. Para facilitar la comprensión de la información, se agruparon los valores bajos y medios de las subescalas AE y DP, en tanto que, para la subescala RP, se englobaron los valores medios y altos, sin que esto representara un sesgo, pues se considera que las subdimensiones AE y DP se encuentran alteradas si presentan puntajes altos, en

Tabla 1. Características de la población de estudio: personal que trabaja en la Gerencia de Atención Primaria de Toledo (2021)

EDAD RANGO (AÑOS)	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
22-31	14	14,6	14,6
32-41	18	18,8	33,4
42-51	24	25,0	58,4
52-61	22	22,8	81,2
62 o más	18	18,8	100,0
Sexo			
Femenino	58	60,4	60,4
Masculino	38	39,6	100,0
Profesión			
Enfermero/enfermera	33	34,4	34,4
Medica/médico	63	65,6	100,0
Total	96	100,0	
Servicio			
Consulta	57	59,4	59,4
Consulta/urgencias	19	19,8	79,2
Urgencias	20	20,8	100,0
Turno			
Guardias	19	19,8	19,8
Mañana	40	41,7	61,5
Mañana/guardias	24	25,0	86,5
Mañana/guardias/tardes	1	1,0	87,5
Mañana/tarde	4	4,2	91,7
Tarde	7	7,3	99,0
Tarde/guardias	1	1,0	100,0
Total	96	100,0	

tanto que, para la subescala RP, los puntajes bajos son indicativos de alteración de esta dimensión.

Así, se observó que un 35,4% del personal no sufría *burnout*, con puntajes bajos-medios en las subdimensiones AE y DP asociados a valores altos-medios en la subescala RP. Un 28,1% se encontraba en riesgo de *burnout*, presentando puntuaciones alteradas en alguna de las subdimensiones, distribuidos así: un 14,58% tenía puntajes altos en subescala AE, un 2,08% presentaba valores altos en la subdimensión DP y un 11,46% tenía puntajes bajos en la RP. Un 36,5% presentaba *burnout*, pues mostraba dos o más subescalas alteradas, desglosadas así: un 13,54% presentaba alteración de las tres subdimensiones, un 22,91% tenía dos subescalas alteradas, de ellas 6,25% tenía puntajes altos en las tres subdimensiones, un 1,04% mostraba puntajes bajos en AE y RP con puntajes altos en DP y un 15,62% presentaba puntajes altos en AE y bajos en DP y RP (tabla 2).

En base a estos resultados, se construyó una nueva variable denominada *burnout*, en la que los sujetos fueron clasificados en tres rangos en función de la presencia del síndrome: sin *burnout*, en riesgo de *burnout* y con *burnout*. Los análisis posteriores se hicieron en función de esta variable. En la tabla 3 se muestran los valores

encontrados en la población de estudio en relación con la presencia de *burnout*, niveles de resiliencia y miedo a la COVID-19.

Mediante el análisis de chi-cuadrado, se determinó la asociación del *burnout* con el resto de las variables de estudio. Cuando se analizó la relación entre el *burnout* y los niveles de resiliencia, se pudo observar que la mayor parte de los profesionales que presentaban *burnout* tenían una resiliencia baja (24 de 33 profesionales). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Con respecto a la asociación entre *burnout* y miedo a la COVID-19, se encontró que la mayor parte de los profesionales que presentaban altos niveles de miedo a la COVID-19 sufrían *burnout* (7 de 10 profesionales). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p = 0,043$) (tabla 4).

En relación con las variables sociodemográficas, no se observó asociación entre la presencia de *burnout* y edad o sexo, sin diferencia estadísticamente significativa. En cuanto a la relación del *burnout* y la profesión, se vio que la población que predominantemente presentaba *burnout* era personal médico, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Con respecto a la asociación del *burnout* y el servicio donde trabajaban los profesionales de la GAP-TO, se encontró que la mayor parte de la población que presentaba

Tabla 2. Distribución de la población de estudio en función de las subescalas de *burnout* alteradas

REALIZACIÓN PERSONAL	AGOTAMIENTO EMOCIONAL		DESPERSONALIZACIÓN		TOTAL
			ALTO	BAJO/MEDIO	
Alto/medio	Alto	Recuento	6	14	20
		% del total	6,25	14,58	20,83
	Bajo/medio	Recuento	2	34	36
		% del total	2,08	35,42	37,50
Bajo	Alto	Recuento	1	11	12
		% del total	13	15	28
	Bajo/medio	Recuento	13,54	15,62	29,17
		% del total	1,04	11,46	12,50
	Total	Recuento	22	74	96
		% del total	22,92	77,08	100

síndrome de *burnout* trabajaba en el área de consulta ($p < 0,001$). En relación con el turno en el que trabajaban los profesionales y su relación con el *burnout*, los resultados fueron muy variados (tabla 4).

Para la comparación de medias entre grupos, se hizo un ANOVA de un factor. Primero se realizaron las pruebas de normalidad empleando la de Kolmogorov-Smirnov y se observó que los datos provenían de una distribución normal. Adicionalmente, se hizo la prueba de Levene para comprobar que las varianzas de cada grupo eran iguales. Esta prueba permitió la validación del supuesto de homogeneidad, por tanto, se procedió a realizar el análisis.

Gracias a la aplicación del ANOVA de un solo factor, se pudo corroborar la existencia de diferencias significativas estadísticamente entre los grupos con, sin o en riesgo de padecer *burnout* en los niveles de resiliencia ($p < 0,001$) y del miedo a la COVID-19 ($p = 0,041$). Los resultados generados en las pruebas *post hoc* permitieron evaluar las medias de los grupos y se observó que los profesionales con *burnout* constituían un grupo completamente diferente en relación con las medias de los niveles de resiliencia (media = 24,86), en comparación con las encontradas en aquellos que no presentaban *burnout* (media = 31,94) o los que estaban en riesgo de padecerlo (media

Tabla 3. Presencia del síndrome de *burnout*, niveles de resiliencia y del miedo a la COVID-19 en el personal sanitario de la Gerencia de Atención Primaria de Toledo

BURNOUT	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Sin <i>burnout</i>	34	35,4	35,4
En riesgo	27	28,1	63,5
Con <i>burnout</i>	35	36,5	100
Resiliencia			
Baja	41	42,7	42,7
Moderada	40	41,7	84,4
Alta	15	15,6	100
Miedo a la COVID-19			
Bajo	44	45,8	45,8
Moderado	42	43,8	89,6
Alto	10	10,4	100
Total	96	100	

= 28,78), que a su vez eran más homogéneos entre sí; es decir, el subgrupo de profesionales que no presentaban *burnout* o estaban en riesgo de padecerlo se asemejaban en relación con los niveles de resiliencia que presentaban (tabla 5).

Sin embargo, en relación con los resultados en el ANOVA de un solo factor, con respecto al miedo a la COVID-19, a pesar de que se formaron dos grupos, estos no estaban completamente diferenciados, pues en un subgrupo se apreció que las medias de los niveles de miedo a la COVID-19 entre profesionales sin *burnout* (media = 17,09) se asemejaban a las medias de aquellos profesionales en riesgo de padecer *burnout* (media = 15,09), mientras que había otro subconjunto formado por profesionales con *burnout* (media = 19,71) en conjunción con los que no presentaban el síndrome (media = 17,09), es decir, las diferencias de medias en los niveles de miedo a la COVID-19 no son tan marcadas entre los subgrupos.

En relación con el ACM, el modelo propuesto tiene consistencia interna, pues la media del alfa de Cronbach fue 0,943 (dato no mostrado), el cual es sumamente alto y certifica el correcto manejo de los datos, por tanto, le aporta validez al modelo. Por otra parte, es importante resaltar que los gráficos del ACM se analizan por cuadrantes partiendo del eje positivo de X y positivo de Y, continuando en sentido contrario a las agujas del reloj. De tal modo que las variables del estudio se relacionaron de la siguiente forma (figura 1):

Cuadrante 1: médicos, del sexo masculino, que trabajan en consulta, en el turno de la mañana o de la tarde, de edades de entre 52 y 61 años o mayores de 62 años.

Cuadrante 2: profesionales sin *burnout*, con resiliencia alta o moderada, con niveles bajos de miedo a la COVID-19, que trabajan en el área de urgencias y en los turnos mañana/tarde (es decir, en ambos turnos).

Cuadrante 3: enfermeras con edades de entre 22 y 31 años, de entre 32 y 41 años o de entre 42 y 51 años, del sexo femenino, que trabajan en las áreas de consulta/urgencias (en ambas áreas un mismo profesional) y en los turnos de mañana y guardias (en ambos).

Cuadrante 4: profesionales que tienen *burnout* o están en riesgo de tenerlo, con niveles altos o moderados de miedo a la COVID-19 y baja

Tabla 4. Relación del síndrome de *burnout* con los niveles de resiliencia, miedo a la COVID-19, características sociodemográficas y condiciones laborales del personal de la Gerencia de Atención Primaria de Toledo

			BURNOUT			TOTAL	p
			SIN BURNOUT	EN RIESGO	CON BURNOUT		
Nivel de resiliencia	Baja	Recuento	4	13	24	41	< 0,001
		% del total	4,2%	13,5%	25,0%	42,7%	
	Moderada	Recuento	22	10	8	40	
		% del total	22,9%	10,4%	8,3%	41,7%	
	Alta	Recuento	8	4	3	15	
		% del total	8,3%	4,2%	3,1%	15,6%	
Nivel de miedo	Bajo	Recuento	15	17	12	44	0,043
		% del total	15,6%	17,7%	12,5%	45,8%	
	Moderado	Recuento	18	8	16	42	
		% del total	18,8%	8,3%	16,7%	43,8%	
	Alto	Recuento	1	2	7	10	
		% del total	1,0%	2,1%	7,3%	10,4%	
Edad rango (años)	22-31	Recuento	8	3	3	14	0,110
		% del total	8,3%	3,1%	3,1%	14,6%	
	32-41	Recuento	5	8	5	18	
		% del total	5,2%	8,3%	5,2%	18,8%	
	42-51	Recuento	7	10	7	24	
		% del total	7,3%	10,4%	7,3%	25,0%	
	52-61	Recuento	9	2	11	22	
		% del total	9,4%	2,1%	11,5%	22,9%	
	> 62	Recuento	5	4	9	18	
		% del total	5,2%	4,2%	9,4%	18,8%	
Sexo	Femenino	Recuento	24	14	20	58	0,293
		% del total	25,0%	14,6%	20,8%	60,4%	
	Masculino	Recuento	10	13	15	38	
		% del total	10,4%	13,5%	15,6%	39,6%	

resiliencia que trabajan los turnos de mañana y guardia (en ambos) o en todos los turnos, es decir, tanto en la mañana, tarde y guardias.

De la aplicación del ACM, se puede afirmar, en relación con el *burnout*, que existen dos grupos bien definidos y diferenciados, pues se ubican en cuadrantes opuestos dentro del gráfico:

1. Profesionales sin *burnout*, con resiliencia alta o moderada, con niveles bajos de miedo a la COVID-19, que trabajan en el área de urgencias y en los turnos de mañana/tarde (recuadro naranja que se visualiza en
2. Profesionales que tienen *burnout* o están en riesgo de tenerlo, con niveles altos o moderados de miedo a la COVID-19 y baja resiliencia que trabajan en los turnos de mañana y guardia (recuadro azul que se visualiza en la **figura 1**).

DISCUSIÓN

Actualmente, se ha incrementado la frecuencia del *burnout* debido al rápido aumento de casos de pacientes infectados por la COVID-19, lo que ha provocado saturación en los servicios sanitarios, y, por ende, el incremento de los niveles de estrés del personal sanitario.

En este estudio se observó una prevalencia del *burnout* del 36,5%, prevalencia relativamente alta comparada con la observada por otros investigadores^{17,18,27} aunque se asemeja a lo reportado por otros autores²⁸. Estas diferencias pueden ser atribuidas al contexto sanitario en el que se desarrolló el estudio, así como a la forma de analizar e interpretar la prevalencia del *burnout*. Existen diferentes criterios en la definición de *burnout*: algunos autores consideran que deben estar alteradas las tres subdimensiones, en tanto que otros lo definen como la alteración por lo menos de dos subescalas; por otra parte, hay autores que consideran que la alteración de una solo de estas

Tabla 4. Relación del síndrome de burnout con las condiciones laborales del personal de la Gerencia de Atención Primaria de Toledo (continuación)

			BURNOUT			TOTAL	p ^a
			SIN BURNOUT	EN RIESGO	CON BURNOUT		
Profesión	Enfermera/enfermero	Recuento	20	6	7	33	< 0,001
		% del total	20,8%	6,3%	7,3%	34,4%	
	Médica/médico	Recuento	14	21	28	63	
		% del total	14,6%	21,9%	29,2%	65,6%	
Servicio	Consulta	Recuento	15	18	24	57	< 0,001
		% del total	15,6%	18,8%	25,0%	59,4%	
	Urgencias	Recuento	15	3	2	20	
		% del total	15,6%	3,1%	2,1%	20,8%	
	Consulta /urgencias	Recuento	4	6	9	19	
		% del total	4,2%	6,3%	9,4%	19,8%	
Turno	Guardias	Recuento	15	2	2	19	a
		% del total	15,6%	2,1%	2,1%	19,8%	
	Mañana	Recuento	9	12	19	40	
		% del total	9,4%	12,5%	19,8%	41,7%	
	Mañana/ guardias	Recuento	7	8	9	24	
		% del total	7,3%	8,3%	9,4%	25,0%	
	Mañana/ guardias/ Tardes	Recuento	0	0	1	1	
		% del total	0,0%	0,0%	1,0%	1,0%	
	Mañana/tarde	Recuento	3	0	1	4	
		% del total	3,1%	0,0%	1,0%	4,2%	
	Tarde	Recuento	0	4	3	7	
		% del total	0,0%	4,2%	3,1%	7,3%	
	Tarde/guardias	Recuento	0	1	0	1	
		% del total	0,0%	1,0%	0,0%	1,0%	
Total	Recuento	34	27	35	96		
	% del total	35,4%	28,1%	36,5%	100,0%		

^a No se muestran los valores de p porque en este caso no se cumplen los supuestos que permiten validar la prueba chi-cuadrado.

Figura 1. Correspondencia entre las variables estudiadas

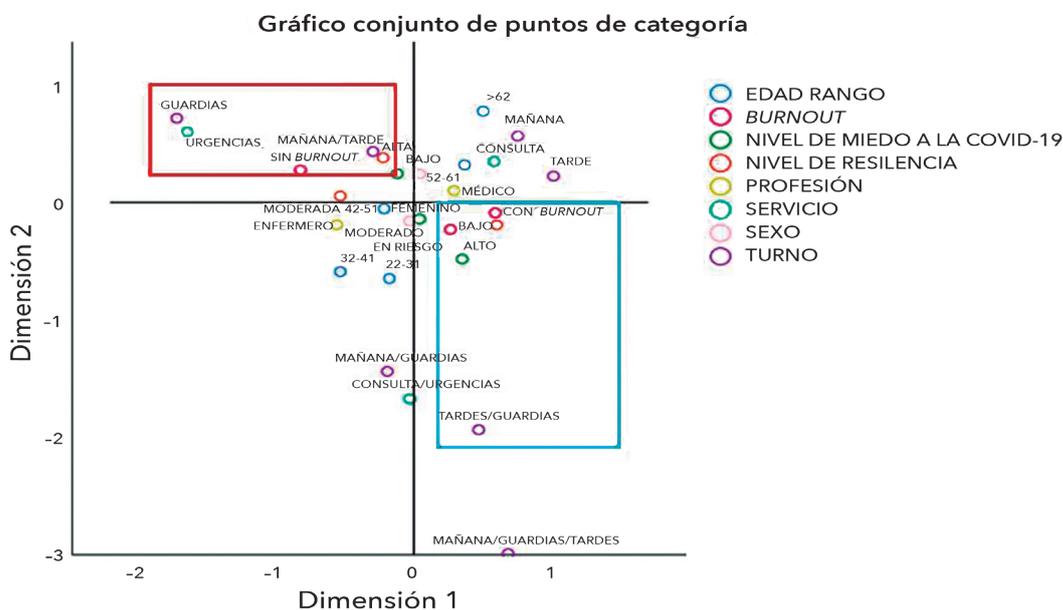


Tabla 5. Pruebas post para la resiliencia y el miedo a la COVID-19 del personal que trabaja en la Gerencia de Atención Primaria de Toledo

RESILIENCIA ^{a,b}				P
SÍNDROME DE BURNOUT	N	SUBCONJUNTO PARA ALFA = 0,05		
		1	2	
En riesgo	27		28,78	< 0,001
Sin <i>burnout</i>	34		31,94	
Con <i>burnout</i>	35	24,86		
Significación estadística		1,000	0,120	
MIEDO A LA COVID ^{a,b}				P
SÍNDROME DE BURNOUT	N	SUBCONJUNTO PARA ALFA = 0,05		
		1	2	
En riesgo	27	15,59		0,041
Sin <i>burnout</i>	34	17,09	17,09	
Con <i>burnout</i>	35		19,71	
Significación estadística		0,667	0,268	

Nota: Prueba de Scheffe. Se visualizan las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

^a Utiliza el tamaño de la muestra de la media armónica = 31,572.

^b Los tamaños de grupo no son iguales. Se utiliza la media armónica de los tamaños de grupo. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

subescalas es suficiente para dar un diagnóstico de *burnout*²⁹. En esta investigación se consideró la presencia de *burnout* como la alteración de dos o más variables. Esta discordancia de prevalencias puede ser atribuida al empleo de diferentes escalas o puntos de corte para discriminar la presencia del síndrome^{28,30,31}. Otros aspectos que pueden influir en las diferencias encontradas son los instrumentos con los que se midió el *burnout*, ya que en algunos estudios los instrumentos empleados fueron diferentes, al igual que los grupos profesionales estudiados y las características de los puestos de trabajo.

En relación con el instrumento empleado para medir el *burnout* o desgaste profesional, como también se le conoce, es importante acotar que se prefirió el MBI sobre otros instrumentos, pues la utilización del cuestionario aporta ventajas que se adecuan a las características del estudio, el MBI facilita la obtención de información completamente fiable en un período de tiempo relativamente corto, posibilitando la comparación de resultados con un esfuerzo bastante menor que en otras técnicas y de forma rápida³², por tanto, su uso aporta validez a los resultados encontrados en esta investigación.

Asimismo, observamos un elevado porcentaje (28,1%) de profesionales con riesgo a desarrollar *burnout*, pues presentaban al menos puntajes alterados en una de las dimensiones que conforman el síndrome, siendo la subescala AE la más afectada. En relación con la subescala que más se encuentra afectada, nuestros resultados se asemejan a los encontrados por Vilà y sus colaboradores²⁷; sin embargo, difieren de los encontrados en otros estudios en los que se ha visto que la subescala más afectada es DP^{33,34}. Estas discrepancias podrían ser atribuidas al menos en parte a las categorías

profesionales de las poblaciones de los diferentes estudios comparados.

En el estudio se consideraron variables sociodemográficas y laborales que podrían estar implicadas en el desarrollo del *burnout* y que no habían sido consideradas en estudios previos. En este sentido, no se encontró asociación entre la edad y el *burnout*, y tampoco entre el sexo y el *burnout*, tanto en el análisis bivariado como en el análisis multivariado. Llama la atención que durante la contingencia por la pandemia por la COVID-19 no se encuentre dicha asociación, que en condiciones no excepcionales sí se ha observado³³.

En el análisis bivariado se encontró que los médicos fueron el colectivo profesional más afectado por el *burnout*. Estos resultados se asemejan a lo reportado en la literatura^{17,28}. Esto puede deberse a las responsabilidades y funciones que desempeñan estos profesionales. No obstante, esta asociación no se mantiene cuando se analizan la totalidad de variables en conjunto.

Se encontró una asociación inversa entre *burnout* y resiliencia, tanto en el análisis bivariado como en el multivariado. Estos resultados se asemejan a lo reportado por otros investigadores^{4,35}. En su estudio, Killgore y sus colaboradores demostraron que la resiliencia en el contexto de la pandemia por la COVID-19 se asocia a factores modificables, es decir, factores como un mayor apoyo familiar o social percibido, hacer ejercicio, dormir bien u orar más a menudo se asociaron con una mayor resiliencia³⁵. Esto sugiere la importancia de reforzar la resiliencia, particularmente entre los profesionales sanitarios.

También se observó que existe asociación entre el miedo a la COVID-19 y el síndrome de *burnout*, de tal modo que el nivel de amenaza percibido podría contribuir a explicar el agotamiento o *burnout* observado en profesionales de la GAPTO^{3,8}; sin embargo, esta asociación no está bien definida.

Dentro de las limitaciones de esta investigación, tenemos que, por tratarse de un estudio transversal, la recopilación de la información fue tomada en un momento puntual, razón por la cual no se pueden hacer inferencias o establecer conclusiones acerca de los efectos a largo plazo o durante la evolución de la pandemia. Otra limitante es la técnica de muestreo; sin embargo, debido a las medidas de confinamiento, el tipo de muestreo que se hizo fue la propuesta más viable. En este estudio no se evaluarán las condiciones de salud mental previas de los participantes, esto pudiera condicionar un sesgo del estudio. Asimismo, la baja participación podría suponer un problema de validez, pues la prevalencia estimada de *burnout* podría ser errada, esto dificulta la extrapolación de estos resultados a la población general, por lo que no se puede precisar dicho sesgo. Por tanto, son necesarios estudios adicionales que aborden estos aspectos para poder llegar a conclusiones más precisas.

En conclusión, se encontró que en el marco de la pandemia por COVID-19 una elevada proporción de profesionales de la sanidad de la GAPTO presentaron *burnout*, que se asocia positivamente con el miedo a la COVID-19 e inversamente con la resiliencia. Estos resultados sugieren que estrategias de intervención en salud mental, como, por ejemplo, los grupos Balint, dirigidas a prevenir el miedo a la COVID-19 y reforzar la resiliencia podrían tener un importante

papel para aminorar el impacto negativo de la pandemia de COVID-19 sobre el bienestar mental de los profesionales sanitarios. Para ello, es indispensable que tales intervenciones sean planificadas, organizadas y realizadas por personal calificado a fin de garantizar su éxito.

BIBLIOGRAFÍA

- World Health Organization. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). 2020.
- Şimşir Z, Koç H, Seki T, Griffiths MD. The relationship between fear of COVID-19 and mental health problems: A meta-analysis. *Death Studies* [Internet]. 16 de marzo de 2022 [citado 6 de julio de 2022];46(3):515-23. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1889097>
- García GM, Calvo JCA. The threat of COVID-19 and its influence on nursing staff burnout. *JAN* [Internet]. 2021 [citado 2 de febrero de 2021];77(2):832-44. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.14642>
- Luceño-Moreno L, Talavera-Velasco B, García-Albuérne Y, Martín-García J. Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel during the COVID-19 Pandemic. *IJERPH* [Internet]. enero de 2020 [citado 2 de febrero de 2021];17(15):5514. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/15/5514>
- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach burnout inventory*. Lanham: Scarecrow Education; 1997.
- World Health Organization. Burn-out an «occupational phenomenon»: International Classification of Diseases [Internet]. 2019 [citado 6 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-non-international-classification-of-diseases>
- Manzano García G, Ayala Calvo JC. The threat of COVID-19 and its influence on nursing staff burnout. *Journal of Advanced Nursing*. 2021;77(2):832-44.
- Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020;3(3):e203976-e203976.
- Brunetto Y, Dick T, Xerri M, Cully A. Building capacity in the healthcare sector: A strengths-based approach for increasing employees' well-being and organisational resilience. *Journal of Management & Organization* [Internet]. mayo de 2020 [citado 6 de julio de 2022];26(3):309-23. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-management-and-organization/article/abs/building-capacity-in-the-health-care-sector-a-strengthsbased-approach-for-increasing-employees-wellbeing-and-organisational-resilience/52BF223994E9C91321B8FC5DD4E14CFD>
- Li ZS, Hasson F. Resilience, stress, and psychological well-being in nursing students: A systematic review. *Nurse Education Today* [Internet]. 1 de julio de 2020 [citado 6 de julio de 2022];90:104440. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691719317186>
- Padmanabhanunni A, Pretorius TB, Bouchard JP, Stiegler N. Facing Your Fear of COVID-19: Resilience as a Protective Factor Against Burnout in South African Teachers. *Ann Med Psychol (Paris)*. 2022. doi: 10.1016/j.amp.2022.05.001
- Ríos-Risquez MI, García-Izquierdo M, Sabuco-Tobar E de los Á, Carrillo-García C, Solano-Ruiz C. Connections between academic burnout, resilience, and psychological well-being in nursing students: A longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing* [Internet]. 2018 [citado 6 de julio de 2022];74(12):2777-84. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.13794>
- Bogaerts S, Van Woerkom M, Erbaş Y, De Caluwé E, Garofalo C, Frowijn I, et al. Associations Between Resilience, Psychological Well-Being, Work-Related Stress and Covid-19 Fear in Forensic Healthcare Workers Using a Network Analysis. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 2021 [citado 6 de julio de 2022];12. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.678895>
- Samir AlKudsi Z, Hany Kamel N, El-Awaisi A, Shraim M, Saffouh El Hajj M. Mental health, burnout and resilience in community pharmacists during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Saudi Pharmaceutical Journal* [Internet]. 30 de abril de 2022 [citado 6 de julio de 2022]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1319016422001256>
- Escudero-Escudero AC, Segura-Fragoso A, Cantero-Garlito PA. Burnout syndrome in occupational therapists in Spain: prevalence and risk factors. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(9):3164.
- Suñer-Soler R, Grau-Martín A, Font-Mayolas S, Gras ME, Bertran C, Sullman MJM. Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013;20(4):305-13.
- Párraga Martínez I, González Hidalgo E, Méndez García T, Villarín Castro A, León Martín AA. Burnout y su relación con el estrés percibido y la satisfacción laboral en profesionales sanitarios de Atención Primaria de una Comunidad Autónoma. *Rev Clin Med Fam*. 2018;11(2):51-60.
- Zuin DR, Peñalver F, Zuin MP. Síndrome de burnout o de agotamiento profesional en la Neurología argentina. Resultados de una encuesta nacional. *Neurol Arg*. 2020; 12(1):4-12.
- Notario-Pacheco B, Solera-Martínez M, Serrano-Parra MD, Bartolomé-Gutiérrez R, García-Campayo J, Martínez-Vizcaíno V. Reliability and validity of the Spanish version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) in young adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2011;9(1):1-6.
- Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76-82.
- Soler Sánchez MI, Meseguer de Pedro M, García Izquierdo M. Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de resiliencia de 10 ítems de Connor-Davidson (CD-RISC 10) en una muestra multiocupacional. *Revista Latinoamericana de Psicología* [Internet]. 1 de septiembre de 2016 [citado 6 de febrero de 2021];48(3):159-66. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120053415000345>
- Ahorsu DK, Lin CY, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The fear of COVID-19 scale: development and initial validation. *Int J Ment Health Addict*. 2020;1-9.
- Martínez-Lorca M, Martínez-Lorca A, Criado-Álvarez JJ, Armesilla MDC, Latorre JM. The fear of COVID-19 scale: Validation in spanish university students. *Psychiatry Res* [Internet]. 1 de noviembre de 2020 [citado 2 de febrero de 2021];293:113350. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178120318175>
- Haro A, Moya E. Enfermedades asociadas a la fragilidad: un Análisis de Correspondencia Múltiple. *Amazônia Science & Health*. 2021;9(4):88-100.
- Fernández RSM. Análisis de correspondencias simples y múltiples. Universidad Autónoma de Madrid: Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. 2011;
- Association GA of the WM. World Medical Association. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *J Am Coll Dent*. 2014;81(3):14.
- Vilà Falguera M, Cruzate Muñoz C, Orfila Pernas F, Creixell Sureda J, González López MP, Davins Miralles J. Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. *Aten Primaria* [Internet]. enero de 2015 [citado 9 de noviembre de 2021];47(1):25-31. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656714001498>
- Navarro-González D, Ayechu-Díaz A, Huarte-Labiano I. Prevalencia del síndrome del burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de Atención Primaria. *SEMERGEN - Medicina de Familia*. 2015;41(4):191-8.
- Redondo Granado M. Errores frecuentes en la comparación de resultados de estudios sobre burn-out o desgaste profesional. En: *Anales de Pediatría*. 2005. p. 380-1.
- Cubillo ÁCM, Guevara JC, Bravo JJM, Riguera MJP, Castro MLG, Sanz AG. Evolución del burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2012;44(9):532-9.
- Peláez-Fernández MA. Burnout y variables asociadas en médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2013;45(2):123.
- Moreno-Jiménez B, Rodríguez Muñoz A, Garrosa E, Morante ME. Breve historia del burnout a través de sus instrumentos de evaluación. M Martínez, (Comp): *Quemarse en el trabajo (burnout)*. 2005;11:161-82.
- LaFaver K, Miyasaki JM, Keran CM, Rheume C, Gulya L, Levin KH, et al. Age and sex differences in burnout, career satisfaction, and well-being in US neurologists. *Neurology*. 2018;91(20):e1928-41.
- Martínez-López JA, Lázaro-Pérez C, Gómez-Galán J, Fernández-Martínez M del M. Psychological impact of COVID-19 emergency on health professionals: Burnout incidence at the most critical period in Spain. *J Clin Med*. 2020;9(9):3029.
- Killgore WD, Taylor EC, Cloonan SA, Dailey NS. Psychological resilience during the COVID-19 lockdown. *Psychiatry Res*. 2020;291:113216.