



**Universidad de Valladolid**  
**Grado en Enfermería**  
**Facultad de Enfermería de Valladolid**

**UVa**

Curso 2020-2021

**Trabajo de Fin de Grado**

**DERECHO AL MIEDO: EL COVID-19  
ANALIZADO DESDE LA  
INTERRELACIÓN CON EL ENTORNO  
SANITARIO**

**Virginia Paredes Frutos**

**Tutor: Manuel Frutos Martín**

## PRÓLOGO DEL TUTOR

La idea para la propuesta de dos TFG para este curso, uno de ellos el realizado por Virginia, surge de un incidente presenciado y vivido en persona en una pequeña aldea gallega de donde es originaria mi mujer. El suceso se produce en plena crisis sanitaria originada por la Pandemia del COVID-19, en la que era habitual el aplauso mayoritario de la población a las profesiones sanitarias a las 20:00 horas, pero que se revoluciona en contra de una enfermera que se acerca al pueblo a visitar a sus dos hijas que estaban pasando unos días con sus abuelos, como posible portadora de la gran "peste" al estar trabajando en el entorno donde aumentan por días los ingresos hospitalarios y defunciones a causa del virus SARS-CoV-2.

Desde mi situación, no solo como sanitario, sino también como persona, reaccioné ante esta respuesta tan egoísta y contradictoria con la imagen de agradecimiento social transmitida a través de los medios, e intenté argumentar lo erróneo de esta reacción de la pequeña comunidad, máxime cuando la persona atacada era vecina del pueblo y estaba libre de contaminación al haberse realizado todas las pruebas pertinentes, dado que su mayor interés estaba en no ser un riesgo para sus padres mayores y para sus hijas, pero, independientemente de asumir su comportamiento como nada solidario se acogieron mayoritariamente a "**su derecho a tener miedo**".

Con el ánimo de recabar información sobre este "miedo" y sus repercusiones, he realizado la propuesta de dos trabajos; uno que aborde este miedo dentro del entorno de los profesionales sanitarios y otro dentro del entorno social, a fin de intentar entroncar la realidad del miedo, sus causas y las posibles propuestas de intervención que aminore las repercusiones que tiene sobre cada individuo y cuya solución de abordaje es mucho más compleja que el abordaje de los signos y síntomas físicos de la enfermedad por las importantes repercusiones que se vislumbran con respecto a la afectación de las relaciones personales y sociales a corto, medio y largo plazo.

Manuel Frutos Martín

## RESUMEN

Las epidemias/pandemias en general, y el COVID-19 en particular se han demostrado como importantes causas de estrés, angustia y miedo en la población general y en el conjunto de los profesionales de salud.

**El objetivo** del presente estudio que se presenta como TFG es analizar la presencia de estrés laboral/burnout, ansiedad y miedo y sus manifestaciones en los profesionales de enfermería que están desarrollando su actividad durante la presente crisis sanitaria originada por el COVID-19 en el Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

**Metodología:** Estudio observacional descriptivo transversal que ha explorado niveles de afectación individual y de grupo de trabajo derivados de esta pandemia así como los niveles "burnout" y de "miedo" ante las distintas situaciones generados por la asistencia a los pacientes afectados. De forma voluntaria y anónima una muestra de 93 enfermeras/os han cumplimentado un cuestionario a través de la red para aportar los datos que facilitaran el análisis de la situación descrita.

**Resultados/discusión:** El 81,72% de la muestra son mujeres, la edad media es de 45 años y el 57 % trabajan en la atención especializada. Se han producido altos índices de absentismo en las unidades por COVID-19 o contactos de riesgo. Una cuarta parte de la muestra presenta Burnout, identificándose niveles medios de miedo.

**Conclusión:** Factores psicosociales y físicos asociados a una situación de miedo, así como el desconocimiento de las situaciones nuevas inciden de forma importante en el estrés laboral y burnout.

**Palabras Clave:** Miedo; infección; COVID-19; personal sanitario; enfermería; burnout.

## ÍNDICE GENERAL

Pág.

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
1.1.- COVID-19 y el miedo.....	1
1.2.- Justificación.....	3
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>4</b>
2. 1. Objetivo general.....	4
2. 2. Objetivos específicos.....	4
<b>3. MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>5</b>
3.1.- Diseño del estudio.....	5
3.2.- Muestra.....	5
3.3.- Instrumento de medida.....	6
3.4.- Entrega del material y recogida de datos .....	9
3.5.- Análisis estadístico.....	9
3.6.- Bases de datos y fuentes documentales utilizadas.....	10
3.7.- Consideraciones éticas.....	10
3.8.- Temporalización del estudio (cronograma de actividades).....	11
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>12</b>
4.1.- Variables sociodemográficas, laborales y consentimiento informado.....	12
4.2.- Variables de la situación laboral durante la pandemia COVID-19...	14
4.3.- Variables del Maslach Burnout Inventory (MBI) o Inventario de Burnout de Maslach.....	15
4.4.- Variables del Fear of COVID-19 Scale.....	19
<b>5. DISCUSIÓN.....</b>	<b>20</b>
5.1.- Análisis crítico de los resultados.....	20
5.2.- Limitaciones del estudio.....	24
5.3.- Fortalezas.....	24
5.4.- Futuras líneas de investigación.....	25
<b>6. CONCLUSIONES.....</b>	<b>26</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>27</b>
<b>8. ANEXOS.....</b>	<b>29</b>
<b>Anexo 1:</b> Cuestionario.....	29
<b>Anexo 2:</b> Permisos Comités de Ética.....	33
<b>Anexo 3:</b> Tablas y gráficos de los resultados.....	35

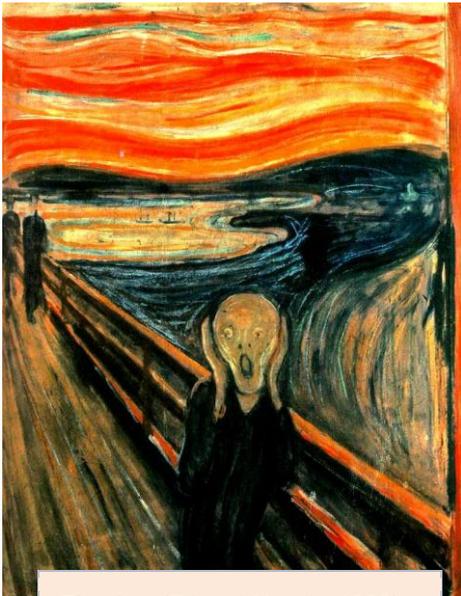
<b>ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS</b>	<b>Pág.</b>
Tabla 1: Puntuaciones de corte de las dimensiones del MBI.....	7
Tabla 2: Cronograma de ejecución.....	11
Tabla 3: Valores de las dimensiones del MBI para la muestra del estudio...	17
Tabla 4: Prevalencia de burnout y de riesgo en el desarrollo del síndrome	18
Figura 1: Distribución de la muestra por sexo.....	12
Figura 2: Distribución de la muestra por rangos de edad.....	13
Figura 3: Distribución de la muestra por rangos de años trabajados.....	13
Figura 4: Facilitación de EPI.....	15
Figura 5: Facilitación de mascarillas FFP2-FFP3.....	15
Figura 6: Resultados de la subescala AE.....	16
Figura 7: Resultados de la subescala D.....	16
Figura 8: Resultados de la subescala RP.....	17
Figura 9: Grado de miedo en la muestra.....	19

## Listado de Abreviaturas

<b>AE</b>	Agotamiento Emocional
<b>CAUPA</b>	Complejo Asistencial Universitario de Palencia
<b>CIE</b>	Consejo Internacional de Enfermería
<b>D</b>	Despersonalización
<b>ELPE</b>	Estresores Laborales en Personal de Enfermería
<b>EPI</b>	Equipo de Protección Individual
<b>INSALUD</b>	Instituto Nacional de la Salud
<b>LGS</b>	Ley General de Sanidad
<b>MBI</b>	Maslach Burnout Inventory
<b>MBI-HSS</b>	Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey
<b>RP</b>	Realización Personal
<b>SB</b>	Síndrome de Burnout
<b>SDP</b>	Síndrome de Desgaste Profesional
<b>SQT</b>	Síndrome de Quemarse por el Trabajo
<b>ST</b>	Sentido del Trabajo (dimensión de riesgo psicosocial)

*"Para quien tiene miedo, todo son ruidos".*

*Sófocles*



**El grito** (Edvard Munch, 1893)  
Galería Nacional de Oslo

Esta crisis, esta llamada pandemia, no solo está producida por el virus. Está **producida por nuestra forma de vida**, la vida competitiva y la supervivencia, insolidaria e injusta. Está construida sobre el miedo al futuro que cercena el alma de las gentes.

Quizás algún día se demostrará que el virus no mata como el miedo, la angustia, la depresión y el aburrimiento desvitalizador, que puede acabar con la vida de muchas más personas. Queramos o no, estamos en medio de la "plaga emocional", como decía W. Reich, **la plaga del miedo.**

*Karmelo Bizkarra*

## 1. INTRODUCCIÓN

La *pandemia*<sup>(1)</sup> actual originada por el virus SARS-CoV-2 y conocida globalmente como COVID-19 está significando un importante problema a nivel mundial por sus devastadoras repercusiones socioeconómicas y sanitarias, recordándonos procesos similares que de forma cíclica han dejado huellas dramáticas en la historia de la humanidad.

Han sido numerosos los procesos epidémicos que han tenido una amplia repercusión en nuestra historia que han acabado, en muchos de los casos, diezmando a la humanidad. Los más recientes, todos ellos del siglo pasado (S.XX), han sido la llamada "gripe Española" en 1918, la "gripe Asiática" en 1957, la "gripe de Hong Kong" en 1968 y, más recientemente, la originada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, origen de la enfermedad del SIDA.

### 1.1.- COVID-19 y el miedo

En la antigüedad, el concepto de enfermedad estaba estrechamente relacionado con la mentalidad místico-religiosa. Las distintas epidemias se consideraban un castigo divino, resultado de la cólera de Dios ante los pecados del ser humano. Estas provocaban un **temor generalizado** en la población, lo cual daba lugar al intento desesperado de aplacar la ira de Dios a través del castigo de los "verdaderos pecadores". El miedo a la muerte y a la enfermedad, desembocaban en la floración de un deseo egoísta de supervivencia en el ser humano.

Además de miedo, la población genera un sentimiento de desconfianza que da lugar a múltiples teorías conspiratorias, fomentando ese antiguo egoísmo y buscando de nuevo un "chivo expiatorio" al cual se podrá culpar de la enfermedad <sup>(2)</sup>.

El concepto de enfermedad y de su propagación entre la gente ha ido

---

\* El término "**pandemia**" desde el punto de vista etimológico deriva de los términos griegos *παν* (todos) y *δήμος* (personas), es decir "todas las personas". Indica un tipo particular de epidemia cuya propagación es tan amplia que afecta a varias áreas geográficas diferentes del mundo, con un alto número de casos graves y alta mortalidad.

cambiando, pero el sentimiento humano de preservación de la salud y de la vida, perdura entre las distintas generaciones y hasta el momento. Por este motivo, el hecho de que aparezca una epidemia, que se instala en la sociedad de forma súbita, genera impactos adversos de tipo social que tienen como factor coincidente el estado de "miedo". Este miedo se relaciona con el desconocimiento y la posibilidad de pérdida de la vida, de la estabilidad, de los seres queridos, etc.

Este miedo, si no encuentra respuestas y explicaciones, se puede volver en contra de los propios profesionales de la salud, siendo, a veces, injusta e insolidariamente relacionados con el proceso de expansión de la pandemia por su relación con los pacientes infectados, olvidando cada persona sus responsabilidades individuales y cargando en otros la "culpa". Monterrosa, et al., afirman al respecto, que han recogido muchos datos que inciden en la discriminación y agresión social que han sufrido muchos profesionales de la salud por el mero hecho de serlo, confirmando lo que expresan otros autores de que existen dos fenómenos sociológicos que se dan en épocas de epidemias contra los profesionales de la salud: la discriminación y la estigmatización <sup>(3)</sup>.

Aunque actualmente los avances tecnológicos han permitido una mejora de las condiciones sanitarias, sigue existiendo ese riesgo impredecible de aparición de nueva patología. Es el caso de la COVID-19, que ha provocado esa regresión hacia los miedos del pasado. Ante esta situación, descansa sobre los profesionales de la salud la responsabilidad frente a la enfermedad.

Durante la actual pandemia, los profesionales sanitarios y no sanitarios han centrado sus esfuerzos en el objetivo de evitar o minimizar los duros estragos que el SARS-CoV-2 puede llegar a suponer. Enfermería, al ser el custodio del cuidado de los pacientes, ha tenido una especial relevancia durante esta crisis sanitaria. Esto ha supuesto jornadas laborales densas, mayor carga de trabajo, cambio en las funciones que desempeñan, mayor exposición, la continua presencia de enfermedad y muerte...

Pese al hecho de "ser su trabajo", ¿cómo ha afectado esta situación a estos profesionales? ¿Cómo se sienten? ¿Tienen miedo también?

Intentaremos a lo largo de este TFG dar respuesta a estas preguntas y contribuir, aunque sea mínimamente, a poner el interés en un tema que está teniendo especial repercusión en la salud física y mental de los profesionales de enfermería.

## **1.2. Justificación**

La situación sanitaria actual a nivel mundial y todas las repercusiones generadas tras la detección de un nuevo virus, aparecido e identificado a finales del año 2019 en Wuhan (China), y que ha conseguido originar una de las mayores crisis social, económica y de salud de la historia moderna, está movilizándolo a la comunidad científica para analizar este importante problema desde todas las perspectivas, siendo prioritario establecer estrategias de abordaje y de prevención ante nuevas situaciones que minimicen las repercusiones socio-económicas y de salud de las personas.

En nuestro caso, esta situación nos ha motivado a analizar las repercusiones que se han originado durante la crisis sanitaria de la COVID-19 en el grupo profesional de enfermería, en cuanto al miedo a lo desconocido de todo el proceso y a los problemas de la práctica diaria en la atención a los pacientes infectados y sus repercusiones en cuanto al desarrollo de la asistencia en situaciones especiales de tensión y riesgos añadidos que determinarán los niveles de estrés laboral y de burnout, así como reacciones de miedo con sus específicas connotaciones de tipo emocional.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo general**

Identificar las respuestas físicas, psicológicas y sociales de los profesionales de enfermería ante la Pandemia del COVID-19, profundizando en la presencia de estrés laboral y "miedo" suscitado por este importante problema de salud.

### **2.2. Objetivos específicos**

1. Conocer la incidencia de afectación de los profesionales que participan en el estudio, y la incidencia en el entorno laboral, así como la existencia suficiente de medios, información y mecanismos de protección individual y colectiva.
2. Analizar si la pandemia del COVID-19 es un nuevo y potente estresor laboral en el equipo de enfermería que está originando altos niveles de estrés y Burnout.
3. Identificar el nivel de miedo originado en los profesionales de enfermería por la pandemia así como sus repercusiones.

### **3. MATERIAL Y MÉTODOS**

#### **3.1. Diseño del Estudio**

Con el fin de alcanzar los objetivos planteados en el capítulo anterior, hemos optado por la realización de un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal.

#### **3.2. Muestra**

##### ***3.2.1. Descripción de la muestra del estudio***

En nuestro estudio, han participado 93 profesionales de enfermería (diplomadas/os y/o graduadas/os en enfermería) pertenecientes a distintas unidades y centros del CAUPA.

##### ***3.2.2. Selección de la muestra***

Con el objetivo de acceder al mayor número de participantes en el estudio y dadas las limitaciones establecidas en los protocolos ante la Pandemia COVID-19 que limitaba de forma considerable la relación interna con los profesionales de las distintas unidades y centros de atención primaria y especializada para la realización de este tipo de estudios, independientemente de la autorización del CEIc, se han utilizado las redes sociales como vía de contacto con profesionales activos durante el periodo que incluye la asistencia sanitaria a pacientes afectados por el virus SARS-CoV-2, incidiendo de forma prioritaria en grupos de profesionales de enfermería a los que se tenía acceso, estimulando a la transmisión de la herramienta (transmisión piramidal) entre las/os compañeras de trabajo.

##### ***3.2.3. Criterios de inclusión/exclusión***

Las/os participantes en el estudio han sido seleccionados de entre los grupos de referencia conocidos por las distintas redes profesionales del entorno sanitario de Palencia, estimulando a los profesionales de enfermería de dichos grupos a colaborar en la difusión del link que daba acceso al cuestionario a las/os enfermeras/os que cumplían los criterios de inclusión.

Hemos pasado el instrumento de recogida de datos a la plataforma Google Forms, creando un link que ha sido el vehículo de envío y recepción de los datos de las personas que, siendo enfermeras/os en activo en el periodo de incidencia de la pandemia originada por el SARS-CoV-2, hayan manifestado su deseo de participar en el estudio y hayan cumplimentado las preguntas del cuestionario en los meses de febrero y marzo de 2021, periodo en el que se ha mantenido abierta la plataforma para la participación.

El criterio de exclusión se ha limitado exclusivamente a los profesionales que no estaban trabajando en el periodo de asistencia al proceso pandémico del COVID-19, y se ha excluido igualmente a aquellas personas que no han cumplimentado adecuadamente y en toda su extensión el cuestionario que se les ha pasado.

### **3.3. Instrumento de medida**

Este estudio se ha realizado utilizando como instrumento de recogida de datos un cuestionario de 47 preguntas (Anexo 1) distribuidas en 4 grupos o apartados en los que se integran instrumentos ya validados previamente, y que se utilizan según su estructura original, conformando una única herramienta "ad hoc" de obtención de datos a fin de conseguir los objetivos previstos.

#### **3.3.1. Estructura instrumental**

El cuestionario de nuestro estudio se estructura con los siguientes apartados:

- ◆ *Cuestionario de datos socio-demográficos y laborales y de aceptación de participación en el estudio (5 variables).*
- ◆ *Aspectos relacionados a nivel laboral en relación a la Pandemia COVID (Pérez Ortega, et al.) <sup>(4)</sup>.*
- ◆ *Maslach Burnout Inventory (MBI) o Inventario de Burnout de Maslach <sup>(5)</sup>. Este es el cuestionario más utilizado para medir el Síndrome de Burnout. Como señalan distintos autores (Schaufeli y Enzmann, 1998<sup>(6)</sup>; Shirom y Melamed, 2006 <sup>(7)</sup>; Grau, 2008 <sup>(8)</sup>), más del 90% de*

los estudios que se han llevado a cabo en este campo, han empleado este cuestionario para la medida del burnout.

Este cuestionario fue desarrollado por Maslach y Jackson <sup>(9)</sup>, para medir las tres dimensiones del síndrome de burnout o desgaste profesional: el “agotamiento emocional” (AE), la “despersonalización” (D) y la “realización personal” (RP), desgaste que consideramos que es un apartado relevante a identificar en la enfermería durante la atención a los afectados por la pandemia.

Este instrumento está formado por 22 preguntas sobre los sentimientos e interacción del profesional con su actividad, que se valoran con una escala de tipo Likert, en la que el profesional valora, mediante un rango de 7 opciones que van desde “nunca” (valor 0) a “siempre = todos los días” (valor 6), con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas.

Para la medición del burnout, hemos utilizado como puntuaciones de corte las ya utilizadas por otros autores en trabajos similares (Molina, et al. <sup>(10)</sup>; Párraga, <sup>(11)</sup>; Moreno, et al. <sup>(12)</sup>; Caballero, et al. <sup>(13)</sup>; Gil-Monte y Peiró, <sup>(14)</sup>), que se establece según los siguientes valores (tabla 1):

*Tabla 1: Puntuaciones de corte de las tres dimensiones del MBI (Sector Sanitario) para medición de burnout*

Subescalas	Bajo	Medio	Alto
<b>Agotamiento Emocional (AE)</b>	≤15	16-24	≥25
<b>Despersonalización (D)</b>	≤3	4-9	≥10
<b>Realización Personal (RP)</b>	≥40	34-39	<34

- ◆ *Escala de Miedo al COVID-19 (Ahorsu DK, et al. <sup>(15)</sup>)*, compuesto por 7 ítems que se puntúan del 1 al 5 en un escala tipo Likert que va desde 1 (totalmente en desacuerdo), hasta el 5 (totalmente de acuerdo).

Según los autores, cuenta con propiedades psicométricas fuertes, fiables y válidas para evaluar el miedo al COVID-19; alfa de Cronbach: 0.82 y correlación intraclase: 0.72.

En nuestro estudio, las dos primeras opciones se consideraron como respuestas negativas, la tercera como neutra y las otras dos como positivas. Se definió como presencia de síntoma de miedo al COVID-19, obtener una puntuación que estuviese por encima del promedio de la muestra.

### **3.3.2. Validación instrumental**

Una vez elaborado el instrumento de medida de nuestro estudio (cuestionario de recogida de datos) e, independientemente de haber integrado instrumentos validados y ampliamente revisados, hemos realizado una validación del cuestionario para nuestro estudio que se ha basado fundamentalmente en dos procedimientos: *la revisión del cuestionario resultante por un grupo de expertos* y la realización de una *prueba piloto* con una muestra representativa de profesionales de enfermería.

#### 3.3.2.1. Revisión del cuestionario por grupo de expertos

Se solicita una revisión y análisis del cuestionario al Tutor del trabajo, experto en el tema de estrés laboral y burnout en Enfermería. Igualmente se presenta al grupo de expertos del CEIc de Palencia y al responsable de Enfermería de Formación y Docencia de Atención Primaria D. Joaquín Madrigal, que aprueban la estructura y la composición del instrumento de recogida de datos.

#### 3.3.6.2. Prueba piloto

Siguiendo las recomendaciones de Delgado, et al. <sup>(16)</sup>, realizamos el pilotaje del cuestionario final para su validación con una muestra de 10 enfermeras del centro de salud “La Puebla” de Palencia. Con este pilotaje del instrumento elaborado (cuestionario) pretendíamos comprobar:

- La adecuación de las preguntas

- El nivel o grado de comprensión, por parte de los profesionales de enfermería participantes, del contenido de cada una de las preguntas.
- Las cuestiones/preguntas que ofrecen mayores problemas
- La existencia de rechazo a alguna de las preguntas o la falta de preguntas relevantes que se considera necesario incluir.
- El tiempo necesario para la correcta cumplimentación del cuestionario.
- La valoración global del cuestionario por parte de los participantes.

El criterio de inclusión para la participación en esa prueba se estableció por la aceptación voluntaria de los profesionales, previamente informados.

Los resultados fueron satisfactorios, no señalándose problemas con ninguna de las preguntas, considerándose que el tiempo medio para la respuesta y correcta cumplimentación era de 8 minutos.

### **3.4. Entrega del material y recogida de datos**

Una vez validado nuestro instrumento de recogida de datos se generó un link de contacto para el acceso al cuestionario gestionado a través de la plataforma Google Forms. El link de acceso al cuestionario se ha difundido por grupos de profesionales de enfermería del CAUPA definidos y red de contactos personales que ayudaran en la difusión entre personas conocidas que cumplieran los criterios de inclusión

El Link se ha mantenido accesible durante el periodo establecido para la recogida de datos (2 meses).

### **3.5. Análisis estadístico**

Para el tratamiento estadístico de los datos se ha utilizado el paquete informático Microsoft Excel.

Inicialmente se ha realizado un depurado y corrección de posibles datos erróneos, sometiendo, posteriormente, las variables a las distintas pruebas estadísticas, según los diferentes tipos de medida requeridos.

Básicamente y por las limitaciones del tiempo para el desarrollo del trabajo

en sus distintas etapas el análisis estadístico se ha fundamentado en un estudio descriptivo con análisis de frecuencias, valores percentiles, medidas de tendencia central (media, mediana), medidas de dispersión (desviación típica, varianza, amplitud, valor mínimo, valor máximo, error típico de la media).

### 3.6. Bases de datos y fuentes documentales

Durante prácticamente la totalidad del periodo de abordaje del TFG y especialmente a lo largo de los primeros meses, se ha realizado una revisión y búsqueda de la literatura científica relacionada con las cuestiones a estudio y análisis.

Se utilizaron las bases de datos específicas de ciencias de la salud/área enfermería (Pubmed, CINAHL, CUIDEN, DIALNET) así como el servidor genérico Google Scholar. Para la búsqueda bibliográfica se emplearon los términos: “COVID 19/COVID-19/coronavirus”, “consecuencia”, “enfermería”, “psicológica” y “miedo”. Los operadores booleanos usado fueron “AND” y “OR”.

La búsqueda se realizó tanto en inglés como en español, aunque siempre que ha sido posible se han utilizado fuentes españolas al abordar aspectos más adaptados al objeto de estudio planteado y el entorno de práctica profesional.

### 3.7. Consideraciones éticas.

Siguiendo los requisitos reseñados por Argimón y Jiménez <sup>(17)</sup>, durante todo el proceso de la investigación se han respetado las normas éticas de conducta, tanto por parte de la responsable de la investigación como por todos los participantes, entre las que cabe destacar:

- ◆ Se ha solicitado y concedido la autorización al comité de ética de la investigación del CAUPA y de la Facultad de Enfermería de Valladolid (anexo 2).
- ◆ Se ha informado convenientemente sobre el estudio a todos los participantes con una información previa en el link del cuestionario en la que se definía su participación como voluntaria y anónima con el máximo

respeto a la confidencialidad en el proceso de recogida y tratamiento de los datos.

### 3.8. Temporalización del estudio. Cronograma de actividades

A continuación, en la *Tabla 2*, se muestran las fases por las que ha pasado este trabajo de investigación para su elaboración, así como el tiempo aproximado de dedicación a cada sección.

*Tabla 2. Cronograma de ejecución.*

FASES DEL ESTUDIO	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY
1. Búsqueda y selección de información	X	X	X	X	X	X		
2. Elaboración de la encuesta y solicitud de permisos CEIc			X	X				
3. Recogida de datos					X	X		
4. Análisis de los datos					X	X	X	
5. Resultados, discusión y elaboración memoria						X	X	X

## 4. RESULTADOS

Con el objetivo de mantener la estructura del trabajo, reflejamos los resultados siguiendo el orden de las preguntas y variables que de ellas se deducen en los distintos grupos de datos, según se ha definido en el apartado anterior de “Material y Métodos” a la hora de describir la composición del instrumento de recogida de datos (cuestionario).

### 4.1. Variables sociodemográficas, laborales y aceptación para participar en el estudio

#### 4.1.1. Sexo

De las personas que componen la muestra total de este estudio 76 son mujeres y 17 hombres (figura 1).

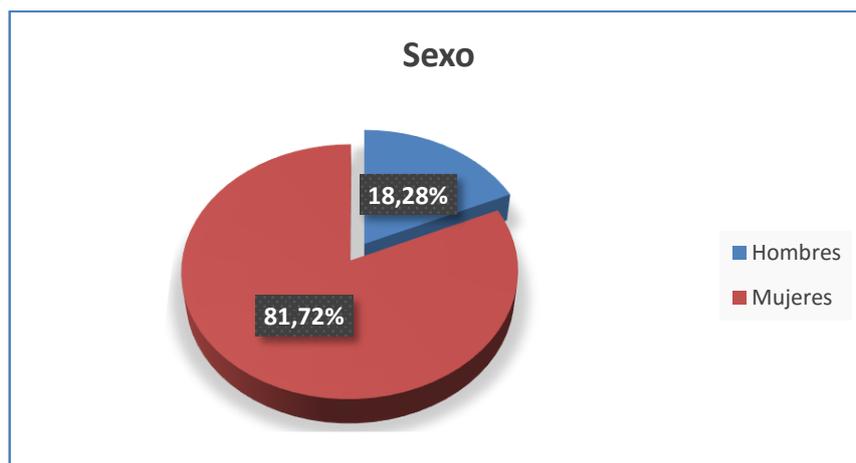


Figura 1: Distribución de la muestra por sexo

#### 4.1.2. Edad

La edad media y la desviación estándar (en adelante media  $\pm$  DS) de los participantes en el estudio es de  $45,05 \pm 13,35$  años, con un amplio intervalo que oscila entre los 22 y 65 años. El grupo de edad dominante de la muestra es el establecido en el rango de 52 a 65 años (37), en segundo lugar el rango entre los 22 a 36 años (31) y en tercer lugar el rango entre los 37 y 51 años (25). (Figura 2).

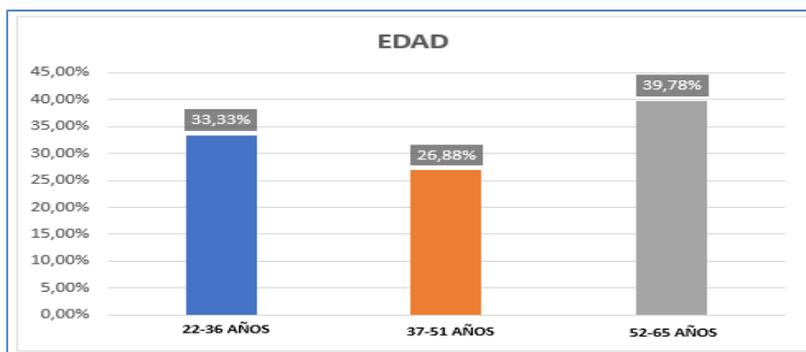


Figura 2: Distribución de la muestra por rangos de edad

#### 4.1.3. Experiencia laboral

Este parámetro se midió en función de los años trabajados. La media de esta variable es de  $21'35 \pm 14,14$  años trabajados. El 48'39% (45) de los participantes tenía una experiencia laboral de entre 1 y 18 años trabajados, un 34'41% (32) entre 19 y 36 años y, el 17'20% (16) restante, entre 37 y 54 años trabajados (figura 3).

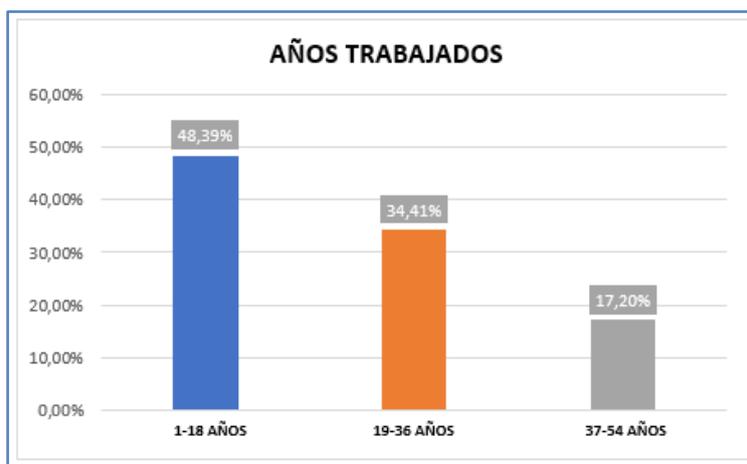


Figura 3: Distribución de la muestra por rangos de años trabajados

#### 4.1.4. Centro/Servicio sanitario de trabajo

El 56,99% de las participantes en nuestro estudio trabajan en la atención especializada (hospitalaria) y el 43,01% en la Atención Primaria y la urgencia extrahospitalaria

#### 4.1.5. Consentimiento informado.

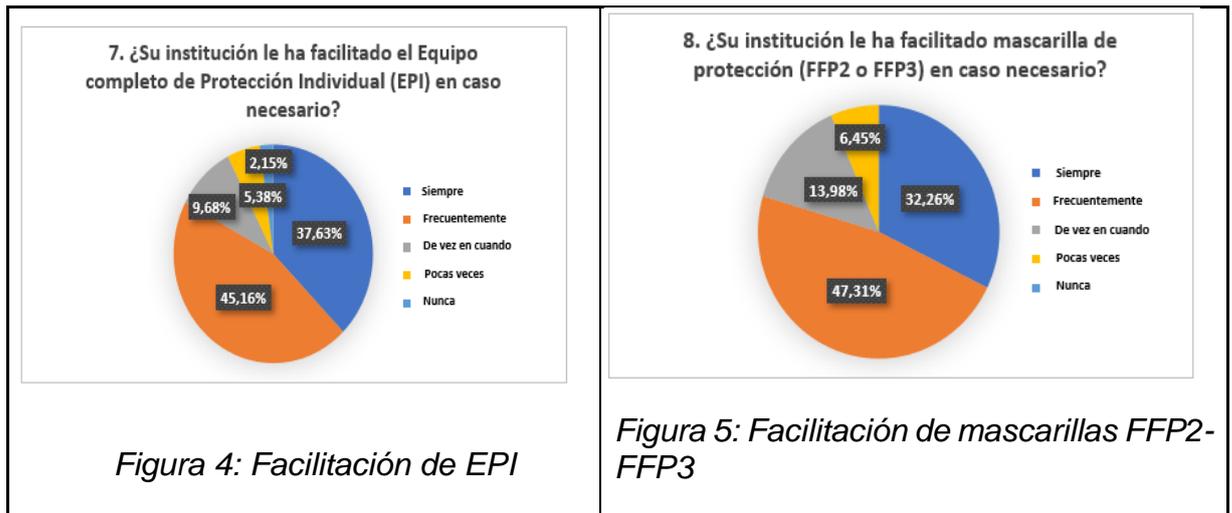
La totalidad de los participantes en el estudio han firmado su participación

libre y voluntaria en el mismo.

## 4.2. Variables sobre la situación laboral durante la pandemia

Este apartado consta de 13 preguntas obtenidas del cuestionario ya utilizado en otros estudios <sup>(4)</sup> y cuyos datos analizan la incidencia interna de la pandemia en los profesionales, así como los niveles de protección e información, elementos claves para una lucha preventiva eficaz en el entorno de trabajo. Cabe destacar por su relevancia los siguientes datos, que complementamos en el anexo 3 de *tablas y figuras* relacionadas con los resultados obtenidos.

- Más del 96% de la muestra ha tenido compañeros de trabajo en su unidad o centro que ha estado de baja laboral por con diagnóstico confirmado de COVID-19 y/o contacto con personas afectadas (preguntas 1 y 2).
- El 23,66% afirmaron haber resultado infectados por el coronavirus, mientras que el 76,34% restante no pasó la infección (pregunta 3).
- El 72,04% no presentaron síntomas de infección por coronavirus. Sin embargo, un 27,96% sí los manifestaron (pregunta 4).
- Al 94,62% le han realizado test de detección de la infección en su centro de trabajo, a un 22,58% por sintomatología y al resto con fines preventivos (pregunta 5). Esta pregunta se complementa con la siguiente en la que el 52,69% de los participantes confirmaron la realización de pruebas masivas entre los profesionales de su unidad o centro mientras que un 47,31% respondieron que "NO" se habían realizado estos test masivos.
- Con respecto a la facilitación por parte de los centros de equipos EPI (pregunta 7), más del 80% afirman que siempre o frecuentemente (figura 4). Igual sucede con la entrega de mascarillas de alta protección (figura 5). Complementando a estas preguntas con la pregunta 10 se intenta analizar si los elementos de protección disponibles frente a la pandemia eran o no adecuados, respondiendo el 43,13% de que eran "insuficientes".



- En cuanto a la existencia de procedimientos de actuación en la institución las respuestas han sido muy coincidentes, afirmando que "SI" el 93,55% de la muestra (pregunta 9). Esta pregunta se complementa con las preguntas 11 y 12 que analizan el nivel de información facilitado frente al virus. El 75,27% afirma haber recibido información y de estos el 39,13% recibieron la información de Medicina Preventiva.

### 4.3. Variables del Maslach Burnout Inventory (MBI)

Como ya se definió en el capítulo de Material y Métodos, esta herramienta mide tres subescalas: Agotamiento Emocional (AE), Despersonalización (D) y Realización personal (RP), que si están alteradas en valores altos de forma conjunta van a establecer la existencia del "Síndrome de Burnout" o de "estar quemado" por la actividad que se desarrolla considerándose como uno de los problemas de salud más importantes en las profesiones de "ayuda" y, en concreto, de las profesiones sanitarias.

Hemos analizado las puntuaciones obtenidos por nuestra muestra de estudio en cada una de las dimensiones del MBI, comparándolas con las puntuaciones de corte para el personal sanitario validadas para estudios similares y expresados en la tabla 1 del capítulo de material y métodos.

#### 4.3.1. Subescala Agotamiento Emocional (AE)

Un 24'73% de los participantes obtuvieron en este apartado una

puntuación inferior o igual a 15 puntos, la cual se corresponde a un agotamiento emocional bajo. El 21'51% obtuvo entre 16 y 24 puntos, suponiendo un agotamiento emocional medio y, por último, el 53'76% presentaba un agotamiento emocional alto con una puntuación mayor o igual 25 puntos (figura 6).

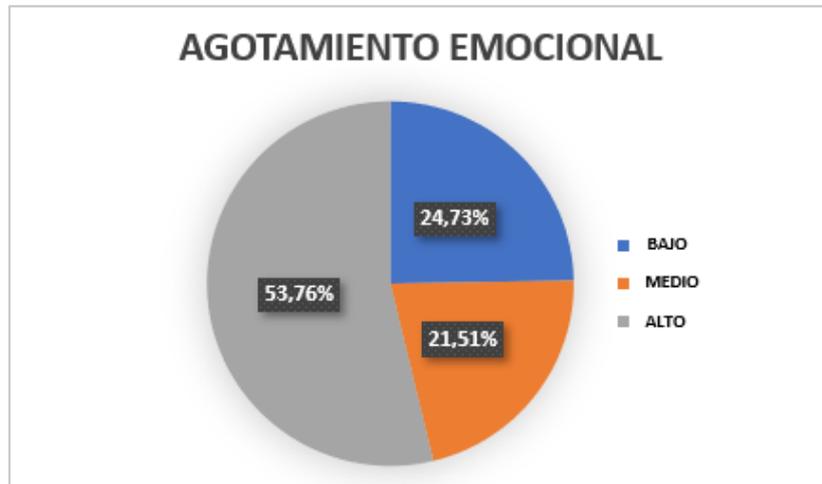


Figura 6: Resultados de la subescala AE

#### 4.3.2. Subescala Despersonalización (D)

En este apartado, un 12'90% de los participantes obtuvieron un valor menor o igual a 3 puntos y, por tanto, un grado bajo de despersonalización. El 30'11% obtuvieron una puntuación de entre 4 y 9, suponiendo un nivel de despersonalización medio. El 56'99% obtiene puntuaciones mayores o iguales a 10, llegando a un grado alto de despersonalización (figura 7).



Figura 7: Resultados de la subescala D

### 4.3.3. Subescala de Realización Personal

Con valores menores a 34 puntos, el 48'39% de la población participante presentaba una realización personal baja. El 38'71% de las respuestas puntúan en el rango de grado de realización personal medio, cuyas puntuaciones se encontraban entre 34-39 puntos. Por último, aquellos participantes con puntuaciones mayores o iguales a 40 (12,90%), son los que presentan una realización personal alta.



Figura 8: Resultados de la subescala RP

Los estadísticos descriptivos del MBI Total y de sus tres dimensiones (tabla 3) nos aportan, a nivel de la muestra total, unos valores medios que nos permiten clasificar a los profesionales del estudio con respecto al síndrome de burnout en tres niveles (bajo, medio y alto) en cada una de sus tres dimensiones.

DIMENSIÓN	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Agotamiento Emocional	5	52	27,12	13,21
Despersonalización	0	28	11,11	5,96
Realización personal	17	48	32,97	6,36
MBI total	44	109	71,19	15,42

Tras el análisis de las puntuaciones en las tres subescalas del MBI se

calcularon los datos en conjunto para identificar el porcentaje de profesionales con Burnout positivo (alteración de las tres subescalas en niveles altos) y detectar los distintos porcentajes y niveles de riesgo de burnout utilizando la escala validada por Frutos M. <sup>(18)</sup>, obteniendo como resultados los descritos en la tabla 4.

*Tabla 4: Prevalencia de burnout y de riesgo en el desarrollo del síndrome*

Valores cualitativos de las dimensiones del MBI				%	Frecuencia	
AE	D	RP				
Síndrome De Burnout	ALTO	ALTA	BAJA	24'73%	23	<b>BURNOUT</b>
	ALTO	ALTA	MEDIA	16'13%	15	RIESGO MUY ALTO
	ALTO	MEDIA	BAJA	4'30%	4	
	MEDIO	ALTA	BAJA	7'53%	7	
	ALTO	ALTA	ALTA	0'00%	0	RIESGO ALTO
	ALTO	BAJA	BAJA	1'08%	1	
	BAJO	ALTA	BAJA	3'23%	3	
	ALTO	MEDIA	MEDIA	6'45%	6	
	MEDIO	ALTA	MEDIA	2'15%	2	
	MEDIO	MEDIA	BAJA	2'15%	2	
	ALTO	MEDIA	ALTA	1'08%	1	RIESGO MEDIO
	MEDIO	ALTA	ALTA	1'08%	1	
	MEDIO	BAJA	BAJA	2'15%	2	
	ALTO	BAJA	MEDIA	0'00%	0	
	BAJO	MEDIA	BAJA	2'15%	2	
	BAJO	ALTA	MEDIA	2'15%	2	
	ALTO	BAJA	ALTA	0'00%	0	
	BAJO	ALTA	ALTA	0'00%	0	
	BAJO	BAJA	BAJA	1'08%	1	
	MEDIO	MEDIA	MEDIA	3'23%	3	
	MEDIO	MEDIA	ALTA	2'15%	2	RIESGO BAJO
	MEDIO	BAJA	MEDIA	0'00%	0	
	BAJO	MEDIA	MEDIA	4'30%	4	
	MEDIO	BAJA	ALTA	1'08%	1	
	BAJO	MEDIA	ALTA	4'30%	4	
	BAJO	BAJA	MEDIA	4'30%	4	
	BAJO	BAJA	ALTA	3'23%	3	SIN RIESGO
<b>Total</b>				100%	93	



El **24'73%** de la población obtuvo un valor alto para las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, y un valor bajo para la realización personal. Este porcentaje presenta Síndrome de Burnout. El resto de los participantes obtuvieron distintos valores para las subescalas, dando lugar a un mayor o menor riesgo de Síndrome de Burnout. Los distintos resultados se muestran en la tabla 4.

#### 4.4. Fear of COVID-19 Scale

La última parte de la encuesta consistió en una escala para la valoración del miedo de los participantes al COVID-19. Se ha clasificado la puntuación de cada participante en tres grados de miedo:

- ◆ **Grado bajo:** Se ha establecido un grado bajo de miedo al coronavirus para aquellos participantes que hayan obtenido puntuaciones entre 7 y 15. El 38,71% presenta este nivel de miedo.
- ◆ **Grado medio:** Para puntuaciones entre 16 y 25. Un 41'94% de los participantes han obtenido estas puntuaciones.
- ◆ **Grado alto:** Este último grado se corresponde con puntuaciones de entre 26 y 35. Solo el 19'35% presenta un grado alto de miedo.

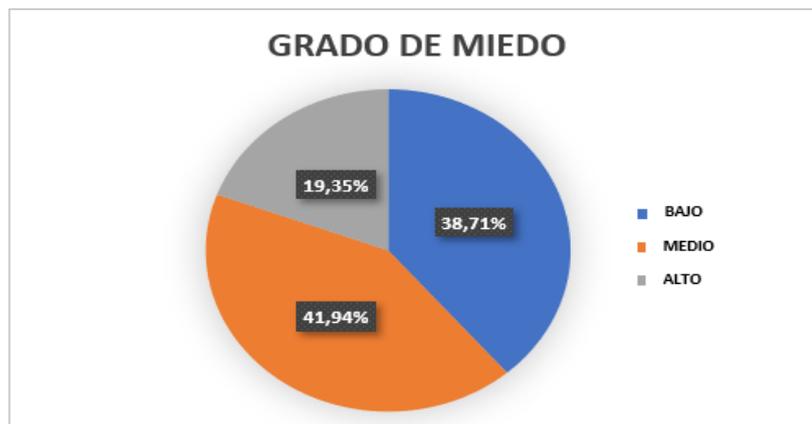


Figura 9: Grado de miedo en la muestra

Por último, se calculó la media de las puntuaciones obtenidas en esta parte del cuestionario. El resultado fue  $18'28 \pm 7,52$ , lo cual se corresponde con niveles medios de miedo a la COVID-19.

## **5. DISCUSIÓN**

A lo largo de este estudio y por los datos analizados en la revisión de la literatura científica relacionada con el tema, podemos afirmar que los profesionales sanitarios en general y las enfermeras/os en particular han estado expuestos física, emocional y socialmente a las múltiples consecuencias de la pandemia COVID-19.

Un estudio realizado por el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Juan Carlos III, refleja que uno de cada cinco casos de coronavirus durante la primera fase (ola) correspondía a profesionales sanitarios, relacionándolo con la escasez de equipos de protección individual (EPI), especialmente durante las primeras semanas de la pandemia, y con la fase de realización de pruebas diagnósticas y atención directa a los usuarios en el entorno sanitario sin los recursos necesarios <sup>(19)</sup>.

### **5.1. Análisis crítico de los resultados**

La persona "tipo" de la muestra de nuestro estudio define a una mujer (81,72% de la muestra total) con una media de edad de 45 años y una experiencia profesional media como enfermera de 21 años, que desarrolla su actividad en la atención especializada u hospitalaria (57% del total de la muestra).

Los datos obtenidos muestran un alto porcentaje de enfermeras que precisaron la baja laboral por infección por SARS-CoV-2 o contacto estrecho con alguna persona infectada (61'96% y 39'78%, respectivamente), en las unidades/centros de las/os participantes del estudio. De las enfermeras que respondieron al cuestionario solo el 23'66% pasaron la COVID-19 y el 27'96% presentó síntomas compatibles con dicha infección. El análisis de estos datos nos informa del importante coste, no solo económico por el absentismo laboral originado, especialmente en los primeros meses de la pandemia, sino el coste por las consecuencias y secuelas en las esferas física y psicológica de las personas afectadas.

Más de la mitad de los participantes reconocen que en su institución se

realizaron test diagnósticos masivos. A un 72'04% se le realizaron test de infección por COVID-19 de forma preventiva. Estos resultados reafirman la idea de que la realización de estas pruebas se centró, en gran medida, en esta población tan expuesta.

En cuanto al aporte de equipos de protección individual, el mayor porcentaje de respuestas indican que se recibió el equipo prácticamente siempre. No obstante, en el aporte específico de mascarillas FFP2 o FFP3, aparecen ligeras diferencias, obteniendo cifras que indican que la provisión de este equipo no fue tan positiva como la de otros elementos de protección individual. Sin embargo, aunque los resultados muestran que el aporte de EPIs en las distintas unidades fue correcto, un alto porcentaje de los participantes (43'13%) considera que estos elementos de protección fueron insuficientes y, por tanto, esto pudo favorecer una mayor exposición y vulnerabilidad frente a la infección por coronavirus.

Existe un desconocimiento bastante generalizado sobre esta nueva enfermedad, confirmándose una falta de información objetiva ante las grandes discrepancias por parte de los informantes (medios de comunicación, comités de expertos, etc.). Otro elemento a destacar es la valoración del grado de información de los profesionales encuestados. Pese a que la mayoría (75'27%) sí recibieron información de distintos departamentos de las instituciones sanitarias, especialmente desde el Servicio de Medicina Preventiva, un 24'73% negó haber recibido información alguna por parte de su centro de trabajo.

Toda esta situación laboral, según hemos podido confirmar en nuestra muestra, ha aumentado notablemente los niveles de desgaste y estrés, aumentando de forma considerable el número de profesionales que padecen el "*Síndrome de Burnout*", caracterizado fundamentalmente por presentar niveles altos de agotamiento emocional (AE), alta despersonalización (D), y bajos niveles de realización personal (RP) con la actividad realizada.

En el año 2012, en un estudio realizado por Frutos M.<sup>(18)</sup> a una muestra de 160 profesionales de Enfermería del CAUPA, analizados los resultados de las subescalas del Síndrome de Burnout con los mismos valores de corte que en el

presente estudio, se obtuvieron niveles elevados de agotamiento emocional en el 21,7%, valores elevados de despersonalización en el 27,1% y valores bajos de realización personal en un 39,2% de la muestra, coincidiendo las tres subescalas en valores de alteración en el 8,2%, que son los que presentaban el "Síndrome de Burnout" con sus claras manifestaciones físicas, psicológicas y sociales, incidiendo de forma notable en su trabajo, hasta el punto de tener que abandonar en alguno de los casos el ejercicio profesional.

Estos valores se han visto incrementados en estos años y algunos estudios confirman que ha contribuido de forma especial la crisis sanitaria originada del SARS-CoV-2, dando lugar a unos niveles de Burnout en los profesionales sanitarios más elevados a los obtenidos antes de la pandemia. Vaquero <sup>(20)</sup>, afirma al respecto, que la actual pandemia que estamos viviendo está agravando el peor de los enemigos para las enfermeras y sanitarios, el denominado Síndrome de Burnout.

Fernando, et al., afirman que *"la situación compleja de los centros sanitarios hace que los profesionales encargados del cuidado de la población estén viviendo una experiencia límite, incrementando por miles las cifras de casos de síndrome de burnout"* <sup>(21)</sup>.

En concreto, y por hacer una comparación con los resultados reseñados del estudio del año 2012, en este estudio, los resultados obtenidos para las subescalas de agotamiento emocional, con un 53,76%, y de despersonalización, con un 56,99%, muestran que más de la mitad de los profesionales que han participado en nuestro estudio tienen niveles altos de ambas variables, **doblando los datos del estudio anterior**. Del mismo modo, un porcentaje elevado (48'39%) presentan niveles de realización personal baja. El total de los profesionales que tienen alteradas las tres variables que definen el Síndrome de Burnout en nuestro estudio es del **24,73%**, valor altamente preocupante por las repercusiones en el grupo profesional que puede tener esta alta prevalencia, aunque constatamos en el estudio de Monterrosa, et al, que obtiene valores similares <sup>(3)</sup>.

Entre los que presentan todas las subescalas alteradas, cabe destacar

que la mayoría pertenecen al sexo femenino (20 participantes). Más de la mitad se encuentran en un rango de edad entre 27 y 51 años. En cuanto a la experiencia laboral, de los 23 participantes que presentan Burnout, los profesionales con mayor número de años trabajados son los que menos Burnout presentan, por lo que, y coincidiendo con otros estudios similares, la experiencia profesional y años de ejercicio constituyen un factor protector, disminuyendo el riesgo de Burnout.

En cuanto al nivel de miedo, los resultados muestran una media de puntuaciones que permiten calificar el nivel general de miedo al coronavirus en un grado medio. No obstante, se encontraron diferencias en función del sexo, puesto que la media de puntuaciones para el sexo masculino se corresponde a un nivel bajo (14'06 puntos), mientras que la media para las participantes de sexo femenino (19'22) se encuentra en un nivel medio.

No se encuentran diferencias significativas en función de la edad, experiencia laboral ni unidad/servicio de trabajo.

Pese a los resultados, un número elevado de participantes afirman tener miedo a la COVID-19 y 44 encuestados refieren miedo a perder la vida por dicha infección. Entre las manifestaciones físicas y emocionales que presentan los participantes, la más frecuente es la aparición de nerviosismo o ansiedad (36 casos). En menor medida aparecen palpitaciones (15 casos) e insomnio (17 casos) y, por último, la sudoración en las manos (6 casos).

Según el manual MSD, *el miedo es una respuesta emocional, física y conductual ante una amenaza externa inmediatamente reconocible. Cuando la causa no está claramente definida, es cuando se habla de ansiedad*. Un cierto grado de ansiedad se considera adaptativo, permitiendo a la persona anticiparse y reaccionar ante una situación potencialmente peligrosa. No obstante, cuando la ansiedad supera ese nivel adaptativo, puede volverse incapacitante y afectar al funcionamiento normal del individuo<sup>(22)</sup>.

Teniendo esto en cuenta, se puede afirmar que los niveles de miedo y ansiedad que presentan los participantes de este estudio pueden haber afectado a su rendimiento laboral, así como a su esfera emocional y social.

## **5.2. Limitaciones del estudio**

La mayor limitación ha sido la falta de experiencia en la realización de este tipo de trabajo de investigación, lo que ha enlentecido el desarrollo de las distintas actividades requeridas y ha podido facilitar ciertos errores en la metodología.

Es importante destacar las limitaciones de acceso a los centros sanitarios para obtener directamente de los profesionales los datos lo que ha limitado mucho el nivel de participación y de respuesta, reduciendo las expectativas de una mayor participación.

Otra limitación ha sido el hecho de tener una herramienta de recogida de datos amplia, que seguro que ha desanimado a las personas a contestar a través de la web, no existiendo la posibilidad de estímulo o refuerzo para concluir los cuestionarios.

Igualmente ha sido difícil encontrar redes de profesionales y contactos a las que dirigir el link con el cuestionario, por lo que la muestra se puede considerar poco significativa.

Al pasar el cuestionario a la plataforma Google Forms se cometió un error en las opciones de respuesta (pregunta 13 del grupo de variables sobre la situación laboral durante la pandemia), por lo que, para evitar sesgos, se decidió eliminar dicha pregunta.

## **5.3. Fortalezas**

En este estudio, se obtiene información relevante de cómo ha afectado la crisis sanitaria a los profesionales de enfermería, específicamente del área de salud de Palencia, comparando su nivel de Burnout actual con el nivel que presentaban antes de la crisis sanitaria. Esto permite una mayor visibilidad de las condiciones en las que han trabajado dichos profesionales, así como una muestra de cómo se sienten física, emocional y socialmente con respecto a la pandemia y permite anticipar recursos y estrategias que incidan positivamente en el grupo profesional ante situaciones sanitarias similares.

#### **5.4. Futuras líneas de investigación**

La salud física, mental y emocional de los profesionales sanitarios es esencial para que estos puedan desempeñar su trabajo de la mejor forma posible. Teniendo en cuenta la situación que ha generado la pandemia, conviene seguir investigando cómo influyen estos niveles de miedo y desgaste laboral en los profesionales con la finalidad de conseguir una mejora de las condiciones laborales y del estado emocional de los trabajadores.

## **6. CONCLUSIONES**

1. Un gran número de profesionales de enfermería precisaron baja laboral por infección por COVID-19 o por contacto estrecho con personas infectadas.
2. Aunque el aporte de equipos de protección individual (EPIs) se ha considerado como correcto por la mayoría de los participantes, un alto porcentaje de los profesionales encuestados lo consideraron insuficiente, posiblemente por el caos de desabastecimiento en la primera fase de la pandemia.
3. Un porcentaje considerable de los participantes del estudio presenta niveles altos de agotamiento emocional y despersonalización, a lo que se suma unos niveles bajos de realización personal.
4. Los datos obtenidos en nuestra muestra de profesionales afectados por el Síndrome de Burnout (24,73%) en la actual situación de pandemia, triplican los obtenidos en un estudio de detección de estrés laboral y Burnout realizado con los profesionales de la misma área de salud (CAUPA) en el año 2012.
5. El nivel general de miedo en la población encuestada corresponde a un grado medio, generando principalmente sentimientos de ansiedad y nerviosismo. Coincidimos con García, et al. en que la salud mental de los profesionales sanitarios que trabajan en primera línea de batalla se ve comprometida en tiempos de pandemia presentando niveles medio-altos de ansiedad, depresión, preocupación e insomnio, así como altos niveles de estrés (23).
6. Un elevado número de los participantes refiere miedo a fallecer debido a la infección por COVID-19.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. ¿Qué es una pandemia? [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2010 [citado el 25 de mayo de 2021]. Recuperado a partir de: [https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently\\_asked\\_questions/pandemic/es/](https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/es/)
2. Martínez Hoyos F. Las pandemias y el fantasma del miedo. Dialnet [Internet]. 2020 [citado el 25 de mayo de 2021];626:26-29. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7608342>
3. Monterrosa-Castro A, Dávila-Ruiz R, Mejía-Mantilla A, Contreras-Saldarriaga J, Mercado-Lara M, Flores-Monterrosa C. Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. MedUNAB. 2020;23(2):195-213. doi: 10.29375/01237047.3890
4. Pérez-Ortega S, Mesa Rico R, Fernández Redondo C, Valverde Bernal J. Situación de la enfermera de cardiología durante la pandemia COVID-19. Enfermería en Cardiología. 2020;27(79):82-89.
5. Cañadas-de la Fuente G. A, San Luis C, Lozano L. M, Vargas C, García I, de la Fuente E. I. Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. Elsevier [Internet]. 2014 [citado el 25 de mayo de 2021];46(1): 44-52. Recuperado a partir de: <https://multimedia.elsevier.es/PublicationsMultimediaV1/item/multimedia/S1138359320300630:mmc1.pdf?idApp=UINPBA00004N>
6. Schaufeli WB, Enzmann D. The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis. London: Taylor & Francis; 1998
7. Shirom A, Melamed S. A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. Int J Stress Manage. 2006;13:176-200.
8. Grau E. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal [tesis doctoral]. Valencia: Universidad de Valencia; 2008.
9. Maslach C, Jackson SE. The Maslach Burnout Inventory. 2nd ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1986.
10. Molina JM, Avalos F, Giménez I. Burnout en enfermería de atención hospitalaria. Enferm Clín. 2005;15:275-81.
11. Párraga JM. Eficacia del programa i.r.i.s. para reducir el síndrome de burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios [tesis doctoral]. Cáceres: Universidad de Extremadura; 2005.
12. Moreno B, González JL, Garrosa E, Peñacoba C. Desgaste profesional en hospitales. Influencia de las variables sociodemográficas. Rev ROL Enferm. 2002;25:738-46.
13. Caballero MA, Bermejo F, Nieto R, Caballero F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. Aten Primaria. 2001;27:313-17.
14. Gil-Monte PR, Peiró JM. Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo

- (burnout) según el MBI-HSS en España. *Rev Psicol Trabajo Organiz.* 2000;16:135-49.
15. Ahorsu D. K., Lin C. Y., Imani V., Saffari M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*. National Center for Biotechnology Information [Internet]. 2020 [citado el 25 de mayo de 2021]; 1-9. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7100496/>
  16. Delgado M, Llorca S, Domenech JM. *Investigación científica: Fundamentos metodológicos y estípticos*. Barcelona: Signo; 2005.
  17. Argimon JM, Jiménez J. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. 3a ed. Madrid: Elsevier; 2004.
  18. Frutos M. *Relación entre los modelos de gestión de recursos humanos y los niveles de estrés laboral y burnout en los profesionales de enfermería de atención especializada [tesis doctoral]*. León: Universidad de León; 2014.
  19. Redondo-Bravo, L. et al. The first wave of the COVID-19 pandemic in Spain: characterisation of cases and risk factors for severe outcomes, as at 27 April 2020. *Eurosurveillance* [Internet]. 2020 [citado el 21 de mayo de 2021];25(50). Recuperado a partir de: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.50.2001431>
  20. Vaquero I. *Enfermería y síndrome de Burnout en tiempos de pandemia*. Revista on-line *Enfermería CiudadReal* (mayo 2021) <https://www.enfermeriadeciudadreal.com/enfermeria-y-sindrome-de-burnout-en-tiempos-de-pandemia--951.htm>
  21. *Fernando A, Veloz V, Renato N, Pachacama A, Mónica C, Segovia M, et al. Síndrome de Burnout en médicos / as y enfermeros / as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19. Rev la Asoc Española Espec en Med del Trab.* 2020;29(1):330-9.
  22. Barnhill J.W. Generalidades sobre los trastornos de ansiedad [Internet]. MDS Manuals. 2020 [citado el 21 de mayo de 2021]. Recuperado a partir de: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/generalidades-sobre-los-trastornos-de-ansiedad>
  23. García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, Martín- Pereira J, Fagundo-Rivera J, Ayuso-Murillo D, Martínez-Riera JR, Ruiz-Frutos C. Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública.* 2020; 94: 23 de julio e202007088

## 8. ANEXOS

### 8.1. CUESTIONARIO

El siguiente cuestionario tiene como finalidad la recolección de datos para analizar cómo ha afectado la crisis sanitaria de la COVID-19 a los profesionales de enfermería. Se trata de un cuestionario totalmente anónimo que se utilizará para la realización del trabajo de fin de grado de enfermería. Se agradece la participación.

#### **Primera parte**

Recogida de datos sociodemográficos para concretar la muestra de población seleccionada. Se añade una “declaración” de consentimiento informado.

1. Sexo:
  - a. Mujer
  - b. Hombre
  - c. Prefiero no decirlo
2. Edad.
3. Experiencia laboral.
4. Servicio sanitario en el que trabaja:
  - a. Atención Especializada
  - b. Atención Primaria
5. Consentimiento informado:
  - a. Sí
  - b. No

#### **Segunda parte**

En la siguiente sección, se evalúa la situación laboral del profesional de enfermería a través de una serie de preguntas relacionadas con la COVID-19.

1. ¿Hay algún miembro del equipo de enfermería de su unidad que ha estado de baja con diagnóstico confirmado de COVID-19?
  - a. Sí, 5 o más.
  - b. Sí, Entre 2-4.
  - c. Sí, 1.
  - d. No.
2. ¿Hay algún miembro del equipo de enfermería de su unidad que ha estado de baja con contacto cercano de COVID-19?
  - a. Sí, 5 o más.
  - b. Sí, Entre 2-4.
  - c. Sí, 1.
  - d. No.
3. ¿Ha resultado infectado por coronavirus?
  - a. Sí.
  - b. No.
4. ¿Ha tenido síntomas de infección por COVID-19?
  - a. Sí.
  - b. No.

5. ¿Le han realizado el test de infección por COVID-19 en su institución?
  - a. Sí, por prevención.
  - b. Sí, por síntomas.
  - c. No.
6. ¿Han realizado test masivos a los profesionales en tu centro?
  - a. Sí.
  - b. No.
7. ¿Su institución le ha facilitado el Equipo completo de Protección Individual (EPI) en caso necesario?
  - a. Siempre.
  - b. Frecuentemente.
  - c. De vez en cuando.
  - d. Pocas veces.
  - e. Nunca.
8. ¿Su institución le ha facilitado mascarilla de protección (FFP2 o FFP3) en caso necesario?
  - a. Siempre.
  - b. Frecuentemente.
  - c. De vez en cuando.
  - d. Pocas veces.
  - e. Nunca.
9. ¿Ha habido en su institución algún procedimiento de actuación establecido sobre el COVID-19?
  - a. Sí.
  - b. No.
10. Los elementos de protección disponibles frente a la pandemia COVID-19 le han resultado...
  - a. Insuficientes.
  - b. Adecuados.
  - c. Excesivos.
11. ¿Le han facilitado información al respecto del virus?
  - a. Sí.
  - b. No.
12. Si ha contestado sí, ¿quién le ha facilitado la información?
  - a. Supervisor/a.
  - b. Medicina Preventiva.
  - c. Dirección de Enfermería.
13. La información suministrada al respecto del virus le ha resultado...
  - a. Insuficiente.
  - b. Adecuada.
  - c. Excesiva.

### **Tercera parte**

#### **Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)**

Se trata de un cuestionario destinado a medir el nivel de síndrome de burnout, también conocido como síndrome de desgaste profesional, mediante la valoración de 22 ítems. Estos se puntúan de la siguiente manera:

- 0= Nunca.  
1= Pocas veces al año.  
2= Una vez al mes o menos.  
3= Unas pocas veces al mes.  
4= Una vez a la semana.  
5= Unas pocas veces a la semana.  
6= Todos los días.

Los ítems a valorar son:

1. Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo.
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.
4. Siento que puedo entender fácilmente a los 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. Siento que me he hecho más duro con la gente.
11. Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo.
13. Me siento frustrado/a en mi trabajo.
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.
16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.
18. Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
20. Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades.
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.
22. Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.

#### **Cuarta parte**

##### **Fear of COVID-19 scale o Escala de Miedo a la COVID-19**

Esta última sección consiste en una escala de valoración del miedo que se puede generar a la COVID-19. Consiste en 7 ítems que se puntúan del 1 al 5 de la siguiente manera:

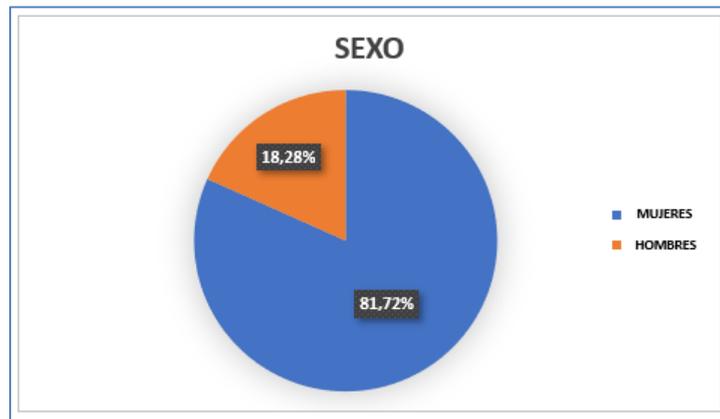
- 1= Totalmente en desacuerdo.
- 2= En desacuerdo.
- 3= Neutral.
- 4= De acuerdo.
- 5= Totalmente de acuerdo.

- 1. Me da bastante miedo el Coronavirus.
- 2. Me resulta incómodo pensar en el Coronavirus.
- 3. Me sudan las manos cuando pienso en el Coronavirus.
- 4. Me da miedo perder la vida por el Coronavirus.
- 5. Cuando escucho noticias o leo en las redes sociales sobre el Coronavirus, me pongo nervioso/ansioso.
- 6. La preocupación de padecer Coronavirus no me deja dormir.
- 7. Si pienso en la posibilidad de contraer Coronavirus, se me acelera el corazón/siento palpitaciones.

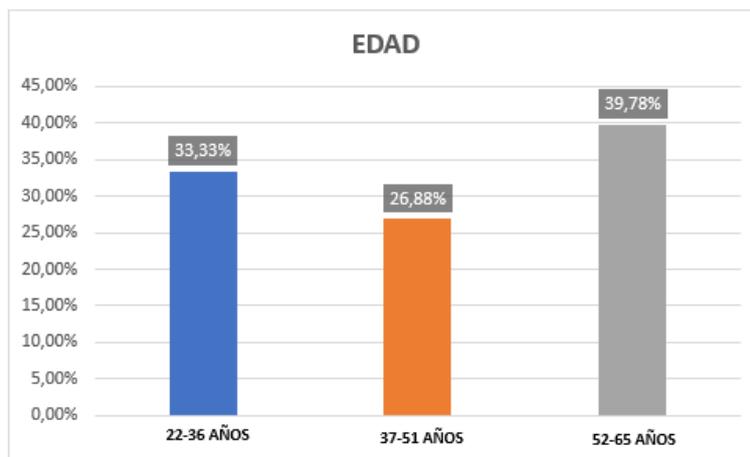
### 8.3. TABLAS Y GRÁFICOS DE LOS RESULTADOS

#### 1. Datos socio-demográficos

➤ **Sexo:**

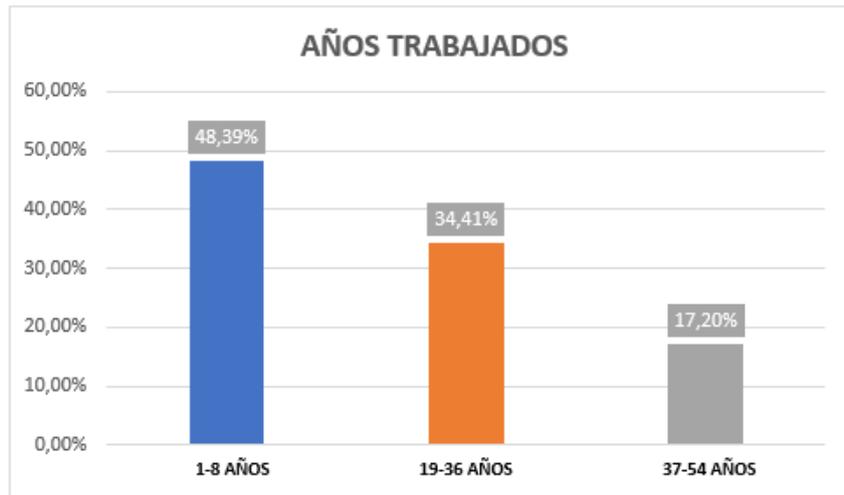


➤ **Edad:**



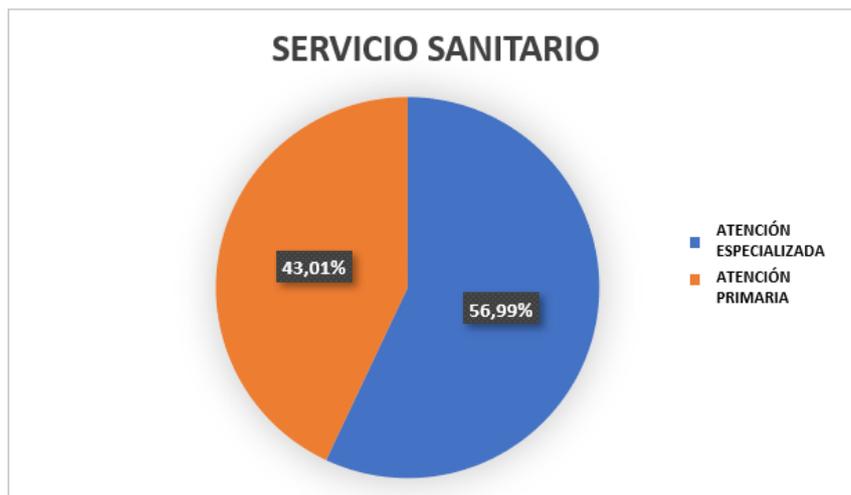
EDAD	PORCENTAJE	MEDIA	DESVIACIÓN ESTANDAR	LÍMITE INFERIOR DESVIACIÓN ESTÁNDAR	LÍMITE SUPERIOR DESVIACIÓN ESTÁNDAR
22-36	33,33%	45'05	13'35	31'70	58'41
37-51	26,88%	45'05	13'35	31'70	58'41
52-65	39,78%	45'05	13'35	31'70	58'41

➤ **Experiencia laboral:**



AÑOS TRABAJADOS	PORCENTAJE	MEDIA	DESVIACIÓN ESTANDAR	LÍMITE INFERIOR DESVIACIÓN ESTÁNDAR	LÍMITE SUPERIOR DESVIACIÓN ESTÁNDAR
1 -18	48,39%	21'35	14'14	7'22	35,49
19 - 36	34,41%	21'35	14'14	7'22	35,49
37 - 54	17,20%	21'35	14'14	7'22	35,49

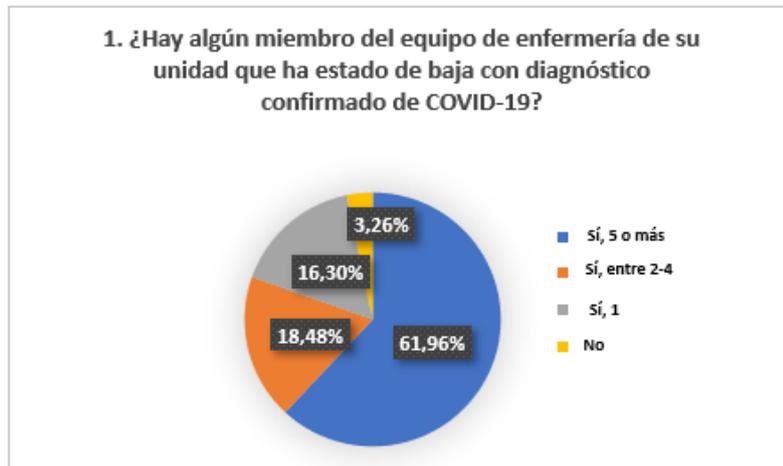
➤ **Servicio sanitario:**



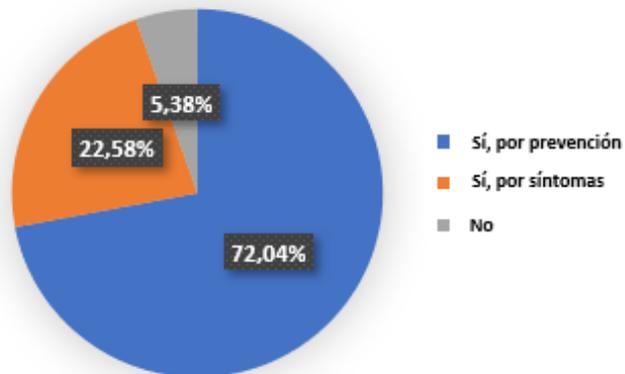
➤ **Consentimiento informado:**



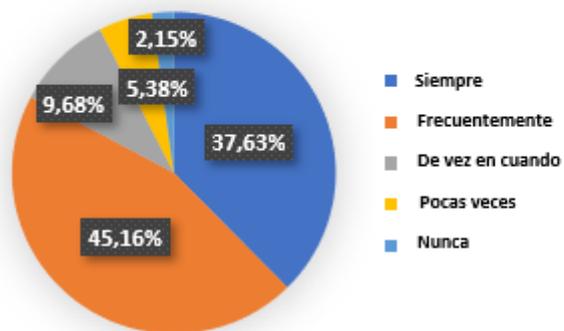
**2. Ámbito laboral**



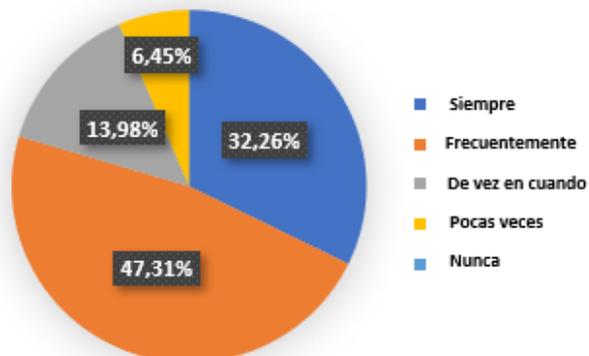
5. ¿Le han realizado el test de infección por COVID-19 en su institución?



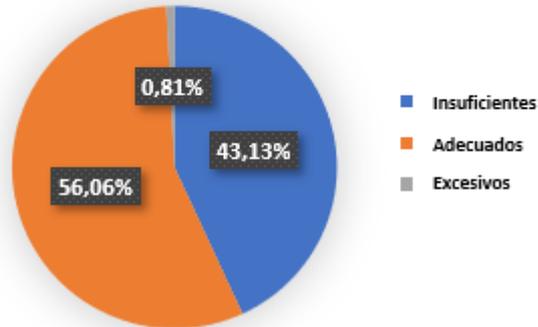
7. ¿Su institución le ha facilitado el Equipo completo de Protección Individual (EPI) en caso necesario?



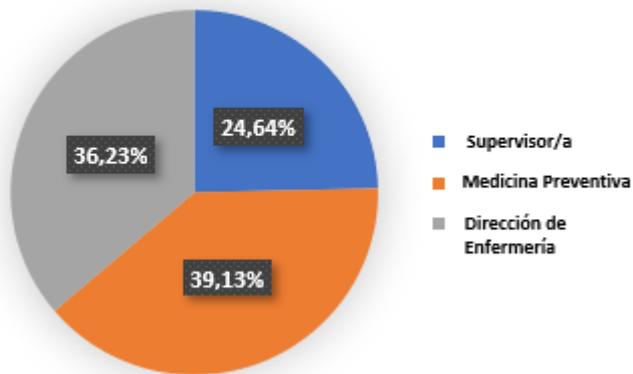
8. ¿Su institución le ha facilitado mascarilla de protección (FFP2 o FFP3) en caso necesario?



**10. Los elementos de protección disponibles frente a la pandemia COVID-19 le han resultado...**

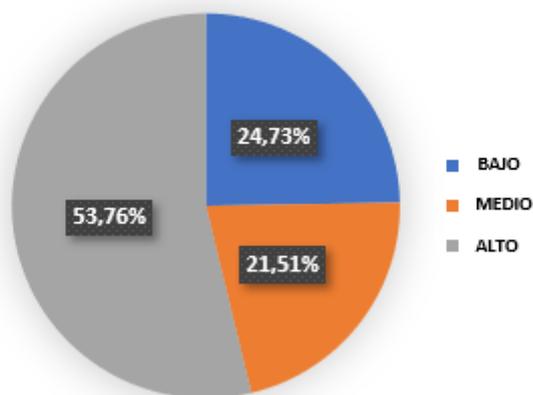


**12. Si ha contestado sí, ¿quién le ha facilitado la información?**



**3. MBI**

**AGOTAMIENTO EMOCIONAL**





DIMENSIÓN	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Agotamiento Emocional	5	52	27,12	13,21
Despersonalización	0	28	11,11	5,96
Realización personal	17	48	32,97	6,36
MBI total	44	109	71,19	15,42

#### **4. Fear of COVID-19 Scale**

