

# **“EVALUACIÓN DEL PROCESAMIENTO EMOCIONAL EN PROFESIONALES SANITARIOS QUE PRESENTAN EL SÍNDROME DE BURNOUT”**

Trabajo de Fin de Grado de Psicología  
Gabriela Martín Quintero

Tutorizado por:  
David Beltrán Guerrero y  
Anthea Gara Santos Álvarez

Facultad de Psicología y Logopedia  
Universidad de La Laguna  
Curso Académico 2019-20

# ÍNDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>3</b>
Palabras claves.....	3
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>3</b>
Keywords.....	4
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>MÉTODO.....</b>	<b>17</b>
Participantes.....	17
Diseño.....	18
Hipótesis y Resultados previstos.....	19
Instrumentos.....	20
Procedimiento.....	21
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>22</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>24</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>27</b>

## RESUMEN

El presente estudio pretende evaluar el efecto del síndrome de Burnout en el procesamiento emocional entre profesionales sanitarios que hayan trabajado durante la pandemia del Covid-19 en España. Para ello se partirá de una muestra extensa de sanitarios que se dividirán finalmente en cuatro grupos, a partir de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) y teniendo en cuenta las condiciones de los hospitales en los que trabajaron. Se presentarán estímulos visuales que varían en su valencia afectiva (agradable, neutral y desagradable) y se analizarán los juicios emocionales emitidos sobre éstos. Se espera encontrar diferencias entre las valoraciones emitidas por los grupos, con una mayor tendencia a valorar negativamente las imágenes por parte del grupo formado por personas que puntúan alto en presencia de Burnout y que además, han trabajado en hospitales con condiciones estresantes. Se concluiría así que el síndrome de Burnout afecta el procesamiento emocional de los profesionales sanitarios, haciendo que evalúen de manera más negativa los estímulos presentados (agradables y neutros), considerando que haber trabajado en hospitales con condiciones estresantes extrema esta valoración.

**PALABRAS CLAVES:** Síndrome de Burnout, Covid-19, IAPS, sanitarios, MBI, estímulos emocionales.

## ABSTRACT

The present study aims to evaluate the effect of Burnout syndrome on emotional processing among health professionals who worked during the Covid-19 pandemic in Spain. This will be based on an extensive sample of health professionals who will finally be divided into four groups, based on the scores obtained in the Maslach Burnout Inventory (MBI) questionnaire and taking into account the conditions of the hospitals in which they worked. Visual stimuli will be

presented with affective valence (pleasant, neutral and unpleasant) and the emotional judgments made about them will be evaluated. The expected results are intended to find differences between the ratings given by the groups, showing a greater tendency to rate the images negatively by the group formed by people who score high in the presence of Burnout and who have also worked in hospitals with stressful conditions. Concluding that Burnout syndrome affects the emotional processing of health professionals, making them evaluate more negatively the stimuli presented (with pleasant and neutral valence), considering that having worked in hospitals with stressful conditions affects this evaluation.

**KEY WORDS:** Burnout Syndrome, Covid-19, IAPS, health worker, MBI, emotional incentives.

## INTRODUCCIÓN

En este trabajo se propone la evaluación de la respuesta emocional entre sanitarios que presenten Burnout y hayan trabajado en hospitales con condiciones estresantes durante la pandemia del Covid-19 en España, mediante la utilización del cuestionario MBI y el instrumento IAPS “*International Affective Picture System*”, creado por Peter J. Lang y colaboradores (Lang, Bradley y Cuthbert, 1999; Lang, Öhman y Vaitl, 1988) en la Universidad de Florida, para medir el procesamiento emocional a través de estímulos visuales.

El Síndrome de Burnout también es conocido como “el síndrome del trabajador quemado”, “síndrome de quemarse por el trabajo”, “síndrome de desgaste profesional”, “síndrome de desgaste emocional”, y un largo etc. El autor que acuñó el término fue Freudenberg en 1974, este autor lo define como “una sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés derivado de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del empleado”. Años más tarde, Edelwich y Brodsky (1980) proponen cuatro fases por las que transcurre el ánimo del empleado:

1. Entusiasmo: Caracterizado por una energía desbordante.
2. Estancamiento: El sujeto no logra alcanzar las aspiraciones que se ha propuesto.
3. Frustración: Comienzan los problemas físicos, conductuales y emocionales propios del Burnout.
4. Apatía: El individuo desarrolla mecanismos de defensa ante estos sentimientos de frustración.

Paralelamente, Cherniss (1980) plantea un proceso de estrés y tensión laboral basándose en cuatro razones: afecta a la moral y bienestar del profesional implicado, afecta a la calidad de cuidados que reciben los pacientes o clientes, influye a las funciones administrativas; y debe de ser un tema de preocupación social y por ende, estar incluido en programas de prevención comunitarios.

Es importante diferenciar el síndrome de Burnout de otros conceptos con los que se pueden confundir o incluso solapar, como la depresión, el estrés y la insatisfacción laboral. La diferencia entre la depresión y el Burnout es que éste es temporal y específico al ámbito laboral (aunque sus síntomas pueden manifestarse en otros ámbitos), mientras que la depresión es un conjunto de síntomas de bajo estado de ánimo generalizado en la persona (Guerrero y Vicente, 2001). La diferencia más importante entre el síndrome de Burnout y el estrés reside en que el Burnout es fruto de un estrés prolongado y crónico en el ámbito del trabajo. Aunque los síntomas se reflejan en todos los ámbitos de la vida del individuo, el estrés se origina en el puesto laboral (Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991). En cuanto a la diferencia del Síndrome con respecto a la insatisfacción en el puesto de trabajo, la insatisfacción en el puesto de trabajo está recogida dentro del síndrome, además de otras características como los cambios de conductas hacia los pacientes, cambios en la calidad de vida de la persona que lo padece y agotamiento generalizado (Gil-Monte, 1991).

La primera definición del Síndrome de Burnout en el área asistencial fue propuesta por Maslach y Jackson (1981). Definieron el síndrome como una respuesta inadecuada de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal ante un estrés crónico. El agotamiento emocional hace referencia al sentimiento de estar expuesto a una exigencia excesiva o al sentimiento de pérdida de recursos como consecuencia de demandas interpersonales (Maslach et al, 2009; Schaufeli y Salanova, 2014). Por otro lado, La Despersonalización alude a actitudes distantes y poco sensibles hacia los pacientes (Maslach, 1998; Maslach y Leiter, 2016). Por último, la baja Realización Personal hace referencia al sentimiento de los individuos de sentirse poco satisfechos con su trabajo a nivel personal y profesional (Leiter y Maslach, 2001a; Maslach et al., 2001). Esta definición propuesta por Maslach y Jackson es la más aceptada comúnmente.

En el año 2019 la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó oficialmente el Síndrome de Burnout en la Clasificación Internacional de Enfermedades, dentro de la sección “Problemas asociados”. Lo define como “un síndrome

resultante del estrés crónico del trabajo que no ha sido gestionado con éxito”, caracterizándolo bajo tres dimensiones: sentimientos de baja energía o agotamiento en el ámbito laboral; mayor distancia mental del trabajo, sentimiento de negativismo o cinismo; y una escasa eficacia personal.

Se han hecho muchos estudios acerca de algunas variables relacionadas con este síndrome; la edad, el sexo, el estado civil, la antigüedad en el puesto de trabajo, la personalidad, y las estrategias de afrontamiento. En cuanto al sexo podríamos esperar mayores puntuaciones en mujeres, ya que demuestran más implicación emocional y empatía, lo que podría desembocar en un desgaste emocional mayor. Sin embargo, no existen resultados contundentes, puesto que en algunos estudios encontramos mayor puntuación en hombres (Muñoz et al., 2016) y, en otros, en mujeres (Atance, 1997). Por lo que podemos concluir que el sexo no es una variable definitoria o especialmente influyente en el desarrollo del síndrome.

Con respecto a la edad es lógico pensar que cuanto más edad, mayor desgaste laboral, ya que normalmente suele significar mayor antigüedad en el puesto de trabajo y, por ende, más tiempo en contacto con todos los aspectos que influyen en la presencia del síndrome. Curiosamente esto no es exactamente así, puesto que la edad en la que más aparece el Burnout es en profesionales de entre 40 y 45 años (Muñoz et al., 2016) y normalmente en profesionales que llevan entre 5 y 10 años en el puesto laboral (Atance, 1997).

Las características de personalidad no influyen tanto en la aparición del Burnout como puede influir el locus de control o las estrategias de afrontamiento (Gil-Monte y Peiró, 1997, 1998; Narayanan, Menon y Spector, 1999; Parkes, 1984). El locus de control interno es un protector del Burnout, ya que este síndrome se ha manifestado más en personas que presentaban puntuaciones mayores en locus de control externo. Con respecto a las estrategias de afrontamiento más funcionales y centradas en soluciones, los profesionales que utilizan estrategias centradas en el problema suelen enfrentarse a situaciones estresantes durante su día a día, especialmente durante las jornadas laborales. En el

caso de los sanitarios esto puede ser enfrentarse a un número elevados de pacientes o a la pérdida de un paciente durante una operación, por ejemplo (Carrauna, 1989; Escribá y Bernabé, 2002; Guerrero, 2001).

También es importante analizar las variables organizacionales puesto que el clima organizacional es uno de los principales factores influyentes en el desarrollo de éste. Las variables organizacionales más estudiadas han sido el clima laboral, el bienestar laboral, el grado de autonomía, la ejecución en el trabajo, el apoyo social, la ambigüedad de rol y la falta de reciprocidad. Se ha demostrado que el estrés laboral es menor en los sujetos que se encuentran en una situación con un clima laboral positivo (Cuevas, O'Ferrall y Crespo, 1998).

Además, la percepción de más bienestar por parte de los individuos es fundamental para el desarrollo del Burnout, los profesionales que perciben un mayor bienestar general son menos propensos a desarrollarlo (Escribá et al., 2000). La satisfacción laboral es un aspecto clave, puesto que se puede entender tanto como un antecedente a la aparición del síndrome o una consecuencia del mismo, los profesionales que dicen sentirse satisfechos en sus puestos de trabajos no suelen presentar el síndrome de Burnout (Cherniss, 1980; García et al., 2000; Graham, Ramirez, Cull y Finlay, 1996; Lim y Yuen, 1998; Lozano y Montalbán, 1999; Zurriaga, Ramos, González- Romá, Espejo y Zornoza, 2000).

El grado de autonomía e independencia suele ser clave a la hora de sentir satisfechos en los puestos laborales. El sentir que tienes libertad a la hora de ejercer tu trabajo y tomar decisiones en él es muy importante, sobre todo en trabajos con tanta exigencia y responsabilidad como lo son las profesiones sanitarias. Cabe esperar que a mayor autonomía e independencia se perciba una mayor realización personal y por tanto, una menor presencia del Burnout (González et al., 1998). No tener muy claro las tareas que corresponden con tu puesto de trabajo (ambigüedad de rol) y la falta de reciprocidad del rol laboral puede favorecer la aparición del síndrome de Burnout (Gil-Monte y Peiró, 1998; Lozano y Montalbán, 1999; Moreno y Peñacoba, 1996; Gil-Monte, 2001).



Por último, el apoyo social actuaría como un atenuante e incluso como una variable protectora de las consecuencias del estrés que producen el Burnout (Cohen y Ashby, 1985; Eastburg, Williamson, Gorsuch y Ridley, 1994; Folkman y Lazarus, 1985; Gil- Monte y Peiró, 1996; Iverson, Olekaslms y Erwin, 1998, Koniarek y Durek, 1996). Por esta razón, en el tratamiento de este síndrome se trabaja especialmente este aspecto, el fortalecer o desarrollar relaciones y vínculos sociales favorables para el profesional, así como enseñarle al mismo a apoyarse en su círculo social más cercano.

La sintomatología del síndrome varía según el paciente sin embargo podemos dividirla en varios grupos según Gil-Monte (2005):

- Síntomas cognitivos: sentirse contrariado, sentir que no valoran tu trabajo, percibirse incapaz de realizar las tareas, pensar que no puedes abarcarlo todo, pensar que trabajas mal, falta de control, visión negativa de las cosas, sensación de no mejorar, inseguridad, pensar que el trabajo no vale la pena, pérdida de autoestima...
- Síntomas afectivo-emocionales: nerviosismo, irritabilidad y mal humor, disgusto y enfado, frustración, agresividad, desencanto, aburrimiento, agobio, tristeza y depresión, desgaste emocional, angustia, sentimiento de culpa...
- Síntomas actitudinales: falta de ganas de seguir trabajando, apatía, irresponsabilidad, intolerancia, impaciencia, quejas continuas acerca de su trabajo, evaluar negativamente a los compañeros, romper con el entorno laboral, ver a los clientes como enemigos, frialdad hacia los clientes, indiferencia, culpar a los demás de la situación...
- Síntomas conductuales: aislamiento, no querer colaborar, contestar mal, enfrentamientos con los pacientes y compañeros...
- Síntomas físicos: el cansancio.

Es importante remarcar que mucho de los síntomas nombrados, no indican necesariamente la presencia de Burnout, por ello es necesario atender especialmente a su surgimiento y desarrollo.

Existen dos tipos de manifestaciones dentro del Síndrome de Burnout y que nos habla de su curso:

- Las personas que manifiestan bajo sentimiento de culpa: Son personas que han tomado una distancia emocional y que utilizan estrategias de afrontamiento ante las situaciones de su vida laboral que les llevan a justificar conductas de deshumanización, el uso de un lenguaje despectivo, evaden la responsabilidad, atribuyen la culpa a factores externos, etc. No se esfuerzan por cumplir las expectativas de su rol profesional. Las consecuencias suelen ser inmediatas en su entorno de trabajo y en su desempeño laboral, sin embargo, puede pasar mucho tiempo hasta que comience a tener consecuencias notorias hacia sí mismos.
- Las personas que manifiestan alto sentimiento de culpa: Le ocurre a aquellos que manifiestan culpa ante el incumplimiento de sus tareas como profesionales y por sus actitudes inadecuadas (malas contestaciones, lenguaje agresivo, apatía, conflicto con los compañeros o clientes...). Las consecuencias son inmediatas tanto para la persona en sí como en su entorno laboral, lo que genera un gran mal estar y un alto sentimiento de culpa.

En España la investigación acerca de este fenómeno es escasa y está centrada principalmente en los profesionales del sector sanitario. Es cierto que este síndrome se puede dar en otras profesiones, sobre todo aquellas en las que se trabaja cara al público, pero en los profesionales sanitarios hay una característica importante; que están expuestos al sufrimiento, no sólo del paciente sino de los familiares. Esto hace que al desgaste de una situación en la que existe una gran demanda y muy pocos recursos, se le añada el desgaste de presenciar todo este sufrimiento.

Los profesionales sanitarios son un grupo de riesgo ya que están en continuo contacto con las personas, sus trabajos conllevan una alta implicación emocional y engloban una serie de estresores que favorecen la aparición del burnout:

- La frustración que puede ocasionar el hecho de no poder curar a los pacientes, esto no sólo se puede percibir como un fracaso laboral, sino que conlleva una alta implicación emocional.
- El hecho de estar en contacto con el dolor de los pacientes puede llevar a dos tipos de respuestas; una sobre implicación o una evitación constante de estas situaciones.
- En las profesiones sanitarias es muy común el exceso de pacientes, que puede ocasionar una elevación del estrés laboral.
- A la mayoría de los profesionales sanitarios no se les ha enseñado a cómo utilizar las herramientas necesarias para poder manejar todas las emociones a las que tienen que enfrentarse en su puesto de trabajo.
- Suelen estar sometidos a turnos muy amplios y constantes cambios en éstos, lo que conlleva a un aumento del cansancio físico y mental.
- Además pueden sumarse posibles problemas que pueden estar presentes en el equipo de trabajo.

Epstein y Hundert (2002) definen la competencia médica, que podemos extender a todos los profesionales sanitarios como “La capacidad de utilizar de manera habitual y razonable la comunicación, los conocimientos, las habilidades técnicas, la capacidad para la toma de decisiones basadas en la evidencia, las emociones, los valores, y la reflexión en beneficio del individuo y de la comunidad que se atiende”. Por tanto, podemos observar que se trata de profesiones que necesitan de muchos recursos cognitivos, teniendo que adquirir y adaptar continuamente los conocimientos. Además, también se requiere una gran capacidad para integrar, sintetizar, analizar y razonar la información, para poder emitir un juicio profesional clínico.

Por otra parte, también son necesarias las habilidades comunicativas, tanto a la hora de comunicarse con los propios compañeros de profesión para

poder compartir los conocimientos teóricos, como para poder expresar dicha información de manera asertiva y adecuada a los pacientes. Además, es preciso contar con una buena gestión emocional e inteligencia interpersonal para poder realizar la labor de manera eficiente.

El Síndrome de Burnout en sanitarios “afecta a la moral y el bienestar psicológico del personal implicado, afecta a la calidad de cuidados y tratamiento que reciben los pacientes, tiene una fuerte influencia en las funciones administrativas y es necesario prevenir a nivel comunitario en programas de servicios” (Cherniss,1980). Por tanto, no es solo una cuestión sanitaria y clínica, sino una cuestión laboral y psicosocial. La intervención en profesionales que sufran este síndrome no requerirá sólo ser llevada a cabo en un contexto clínico y de consulta, sino también a nivel organizacional. La intervención se debe realizar en varios contextos puesto que se puede considerar este síndrome como un tipo de acoso psicosocial en el trabajo, ya que el profesional está constantemente expuesto a una presión a la que no puede enfrentarse en un entorno que debería de facilitarle los recursos necesarios para lograrlo.

Este estudio se centra en estudiar este síndrome en sanitarios que se hayan enfrentado al Covid-19. El Covid-19 es la enfermedad infecciosa descubierta más recientemente que es causada por el coronavirus. Los coronavirus son una familia de virus que provocan enfermedades en los seres vivos. Concretamente en los humanos los coronavirus suelen causar infecciones respiratorias que pueden variar desde un resfriado común hasta enfermedades más graves como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRARS) (OMS, 2020).

El 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan informó sobre la existencia de 27 casos de neumonía de etiología desconocida, con una exposición común a un mercado mayorista de marisco, pescado y animales vivos en la ciudad de Wuhan. El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas nombraron a un nuevo tipo de virus de la familia Coronaviridae como el causante del brote. (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social,

2020). El virus se ha ido expandiendo a distintos países y el 11 de marzo la OMS declaró la pandemia mundial.

El 31 de enero, el Ministerio de Sanidad comunicó el primer caso de COVID-19 en España, mientras en el resto del mundo habían menos de 10.000 afectados por el virus. Poco a poco fueron apareciendo más casos en el país, durante los últimos días de febrero comenzaron a reportarse varios casos de la enfermedad repartidos por España. Como consecuencia de la rápida propagación de la epidemia, el 9 de marzo, contando con más de 900 positivos y 16 fallecidos distribuidos en las 17 comunidades autónomas, los gobiernos autonómicos de las regiones más afectadas decidieron empezar a tomar medidas de precaución para frenar la expansión del virus.

El Consejo de Ministros declaró el estado de alarma en todo el territorio español el 14 de marzo, contando con 200 fallecidos y aproximadamente 6000 casos confirmados. Inicialmente se estableció un período de 15 días naturales mediante el Real Decreto 463/2020.

El Ministerio de Sanidad declara que los síntomas del Covid-19 varían de una persona a otra ahora, aunque señala un conjunto de síntomas que divide en habituales, menos comunes y graves. Los síntomas más habituales son la fiebre, la tos seca y el cansancio. Otros síntomas menos comunes son: molestias y dolores, dolor de garganta, diarrea, conjuntivitis, dolor de cabeza, pérdida del sentido del olfato o del gusto y erupciones cutáneas o pérdida del color en los dedos de las manos y/o pies. Entre los síntomas más graves encontramos dificultades respiratorias, dolor o presión en el pecho, e incapacidad para hablar o moverse.

Uno de los índices más valorados para evaluar el trascurso de la pandemia es el número reproductivo básico ( $R_0$ ), el cual se trata de una fórmula que valora la velocidad con que una enfermedad puede propagarse en la población. Es decir, el número reproductivo básico (también llamado ritmo básico de reproducción o ratio reproductiva básica) es el número promedio de nuevos casos que genera un caso determinado a lo largo de un período infeccioso. Esta fórmula

permite determinar cuándo una enfermedad puede dar lugar a un brote epidémico, como en el caso del COVID-19.

El origen del número básico de reproducción se revoca a los trabajos de Alfred Lotka y Ronald Ross (1912), entre otros. Sin embargo, su primera aplicación moderna fue durante el estudio de la propagación de la malaria, por George MacDonald (1952). El número reproductivo sigue la premisa de que cuanto más grande sea la  $R_0$  más difícil es controlar la epidemia. Si  $R_0$  es inferior a 1 la enfermedad muere tras un período de tiempo determinado, pero si  $R_0$  es superior a 1 es muy probable que la infección se extienda a lo largo de la población. El primer día del Estado de alarma, el 14 de marzo, el número reproductivo  $R$  se situaba en torno al 3 en España. Esto quiere decir que cada contagiado de Covid-19 podía contagiar a su vez a otras 3 personas distintas aproximadamente.

Los sanitarios infectados por el COVID-19 correspondían al 20% de los contagiados totales en España a finales de abril, siendo el país con más contagios entre el personal sanitario, por encima de Italia con el 10% de los casos totales, y Estados Unidos con el 3% de los casos totales. Según Fernando Simón Soria (portavoz del Ministerio de Sanidad contra la pandemia del SARS-CoV-2 de 2020 en España) “los sanitarios son uno de los grupos poblacionales de mayor riesgo” son “los que más se exponen al virus para poder controlar la enfermedad”.

En estas circunstancias es comprensible ver a los sanitarios como una población de riesgo ante este síndrome puesto que se están enfrentando a una situación anómala para la que no están preparados. Las pandemias se incluyen en medicina de emergencia y la mayoría de los sanitarios que se han tenido que enfrentar a este brote no se han especializado en emergencias concretamente. Esto hace que un gran número de sanitarios no cuenten con las herramientas ni el conocimiento necesario para afrontar esta situación.

A todo lo que conlleva de por sí el propio oficio del sanitario debe sumarse la incertidumbre que sufre la población en general acerca del virus, así como la

presión de tener en sus manos miles de vidas, el miedo al posible contagio, la falta de recursos tanto materiales como cognitivos para hacer frente a esta situación, el elevado número de pacientes, el aumento de las jornadas laborales, entre otros muchos factores que aumentan la vulnerabilidad propia de la profesión.

Para estudiar la posible aparición del Síndrome de Burnout en los sanitarios que se han enfrentado a la pandemia del COVID-19 este estudio plantea utilizar el cuestionario MBI. El Maslach Burnout Inventory (MBI) fue creada por Christina Maslach y Susan E. Jackson con el objetivo de evaluar el desgaste profesional. Se trata de un cuestionario psicológico constituido por 22 ítems relacionados con el síndrome de Burnout. El MBI mide las tres dimensiones que componen el síndrome; el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal. Se puede administrar de forma individual o grupal y se tardan aproximadamente 15 minutos en realizarse.

Se pretende utilizar un instrumento que mida las emociones puesto que mucha de la sintomatología del síndrome de Burnout se manifiesta de manera afectivo-emocional, además de que una de las características más notables y distintivas de éste es la apatía que adquieren los sanitarios tanto en su puesto de trabajo como en su vida personal. Así mismo, el Burnout suele presentarse acompañado de otros trastornos como pueden ser trastornos depresivos, trastornos de ansiedad o trastornos de personalidad, que suelen estar asociados a respuestas emocionales determinadas. Para ello se utilizará un instrumento que mide de manera objetiva y común el procesamiento de las emociones en humanos, "The International Affective Picture System" (IAPS). El IAPS "*International Affective Picture System*" (Lang, Bradley y Cuthbert, 1999; Lang, Öhmnan y Vaitl, 1988) fue desarrollado por Peter J. Lang y sus colaboradores en la Universidad de Florida. Este instrumento cumple los requisitos necesarios para considerarse un método de inducción de estados emocionales en laboratorio. Primero, está basado en el modelo bioinformacional de Lang, además cuenta con estímulos fiables, controlables y calibrados con efecto que se conoce sobre cada uno de los tres componentes de las respuestas emocionales, se encuentra libre del

“efecto de la demanda”, es ético, más rápido que muchos otros instrumentos similares, es fácil de administrar y posee validez ecológica.

En el modelo bioinformacional de Lang (1884) se establece que los estados emocionales pueden suscitarse por medio de acontecimientos de la vida real pero también a través de imágenes. Es más, varios estudios demuestran que la información pictórica afectiva puede igualar las propiedades estimulantes de situaciones reales, activando las representaciones cognitivo-perceptuales asociadas con las respuestas emocionales.

Las investigaciones anteriores que trataban el tema de las emociones utilizaban estímulos como ruidos o calambres que provocaban reacciones aversivas. Al contrario, el IAPS utiliza estímulos complejos y simbólicos, los cuales requieren aprendizaje previo y una elaboración cognitiva para su codificación emocional. También utiliza una gran cantidad de valores culturales y sociales para provocar los estados emocionales. En particular, el IAPS incluye un conjunto de imágenes emotivas que representan una amplia variedad de eventos y objetos que han sido clasificados en 3 dimensiones: valencia, arousal (excitación) y dominancia. Los estímulos del IAPS están estandarizados basándose en las clasificaciones de placer y *arousal*. En los 90, Wundt, fue el primero en argumentar que los efectos emocionales eran el resultado de variaciones en las dimensiones de valencia y *arousal*. Más tarde, usando el análisis factorial para evaluar el lenguaje evaluativo, Osgood y compañeros encontraron que la mayor variación en los juicios semánticos se explica por un solo factor, la valencia hedónica. La valencia hedónica iba desde lo desagradable (infeliz, molesto, desesperado, etc.) hacia lo agradable (feliz, complacido, esperanzado, etc.). También encontró una segunda dimensión a la que denominó *arousal*, la cual abarca de un estado de calma (tranquilo, relajado, somnoliento, etc.) a un estado de alta excitación (excitado, estimulado, bien despierto, etc.).

Para medir la valencia y el *arousal* del IAPS se utiliza un instrumento de clasificación llamado "Self Assessment Manikin" (SAM), el cual es usado como



un lenguaje libre, una herramienta de medición para todas las culturas. El formato utilizado es por imagen, lo que permite su utilización en personas con dificultades lingüísticas. Para la dimensión de la valencia los dibujos ilustran los diferentes niveles de una sonrisa, la figura va desde una expresión feliz a una figura con expresión triste. En cuanto a la dimensión de *arousal*, se usa una figura que varía desde una con ojos ampliamente abiertos hasta una figura relajada y somnolienta. Los participantes pueden indicar si no se siente ni felices ni infelices (es decir neutrales) o si no se sienten ni calmados ni excitados, usando las figuras intermedias de cada escala. Los índices SAM de valencia y de *arousal* usados en la clasificación de las escenas afectivas son similares a los resultados obtenidos mediante el análisis factorial de las dos dimensiones (valencia y *arousal*) cuando se usa la escala de diferenciación semántica, que es más larga y costosa.

Este estudio plantea como hipótesis inicial que las personas que presentan Burnout y además hayan trabajado durante la pandemia del Covid-19 en hospitales en condiciones estresantes, tendrán una valoración más negativa de todos los estímulos visuales presentados (especialmente de los estímulos agradables y neutros) que los sanitarios que no puntúen alto en presencia de Burnout y que además hayan trabajado en hospitales con condiciones “usuales”.

## **MÉTODO**

### **PARTICIPANTES**

Para realizar este estudio, se seleccionará una muestra amplia de sanitarios españoles a los que, en un primer momento, se les pedirá que completen el cuestionario MBI, el cual evalúa la posible presencia de Burnout. Una vez obtenidas las puntuaciones en este cuestionario, se formarán cuatro grupos de aproximadamente 50 personas cada uno. Estos grupos se dividirían en:

- Grupo 1: Sanitarios que presenten Burnout y hayan trabajado en hospitales con condiciones estresantes durante la pandemia del Covid-19.

- Grupo 2: Sanitarios que presenten Burnout y hayan trabajado en hospitales con condiciones normales durante la pandemia del Covid-19.
- Grupo 3: Sanitarios que no presenten Burnout y hayan trabajado en hospitales con condiciones estresantes durante la pandemia del Covid-19.
- Grupo 4: Sanitarios que no presenten Burnout y hayan trabajado en hospitales con condiciones normales durante la pandemia del Covid-19.

Los participantes serán hombres y mujeres de edades comprendidas entre los 23 y los 59 años que trabajen como médicos/as o enfermeros/as. Se elegirá este rango de edad puesto que durante la pandemia se ha llamado a trabajar a estudiantes que acababan de graduarse y se ha prohibido la participación de personas mayores de 60 años por pertenecer a los grupos de riesgo.

Si bien es cierto que dentro de los profesionales sanitarios se recogen distintas profesiones como pueden ser; biólogos, biofísicos, bioquímicos, bioingenieros, enfermeros farmacéuticos, físico médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, matronas, médicos, nutricionistas, odontólogos, ópticos, podólogos, psicólogos, químicos, terapeuta ocupacionales y veterinarios. Nos centraremos en médicos/as y enfermeros/as ya que son las profesiones sanitarias más representativas.

## **DISEÑO**

Para llevar a cabo este estudio se utilizará un diseño transversal con cuatro grupos que serán diferenciados a partir de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario MBI, el cual evalúa la presencia o no presencia de Burnout, seguidamente estos dos grupos serán divididos según pertenezcan a hospitales que hayan trabajado en condiciones estresantes o a hospitales que se hayan encontrado en condiciones “normales”.

Para el análisis se llevará a cabo un ANOVA split-plot 2x2x3. Por tanto, contaremos con tres variables independientes, la primera variable independiente es inter-sujeto y se formará a partir de la puntuación obtenida en el cuestionario

MBI, por tanto contará con dos niveles (puntuación alta en presencia de Burnout y puntuación baja en presencia de Burnout). La segunda variable independiente también es intersujeto y consiste en las condiciones de los hospitales en los que trabajaron los sanitarios que contará con dos niveles (hospitales que trabajaron en condiciones estresantes y hospitales que trabajaron en condiciones “normales”). La tercera variable independiente es intra-sujeto y será el tipo de imagen emocional que se mostrará en la prueba IAPS, y contará con tres niveles (desagradable, neutral y agradable).

En cuanto a la variable dependiente del estudio tendremos la valoración afectiva que los participantes harán sobre los estímulos visuales presentados durante el pase de la prueba IAPS.

## **HIPÓTESIS Y RESULTADOS PREVISTOS**

Esta investigación pretende encontrar diferencias entre los juicios de valencia que hagan los diferentes grupos de los estímulos visuales presentados durante la prueba IAPS.

Así mismo se espera encontrar que el Grupo 1 (“Presencia de Burnout/Hospital en condiciones estresantes”) realizará una valoración más negativa de los estímulos visuales, especialmente de las imágenes agradables y neutras, que el resto de los grupos. Se prevé que los grupos 2 (“Presencia de Burnout/Hospital en condiciones normales”) y 3 (“No presencia de Burnout/ Hospital en condiciones estresantes”) realicen juicios similares de los estímulos neutros y agradables, acercándose éstos más al espectro positivo que el primer grupo pero de forma menos extrema que el Grupo 4 (“No presencia de Burnout/ Hospital en condiciones normales”) que valorará de forma más positiva las imágenes neutras y agradables que el resto de grupos.

## INSTRUMENTOS

Uno de los instrumentos necesarios para realizar este estudio será un dispositivo con acceso a internet, preferiblemente un ordenador, ya que el estudio se realizará de manera online.

Además, en un primer momento se utilizará el cuestionario MBI para dividir los grupos que se van a evaluar en el estudio. El cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) cuenta con 3 subescalas. La primera subescala es la de agotamiento o cansancio emocional y consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20), la puntuación total de las preguntas daría 54 y obtener una puntuación mayor a 26 indicaría la presencia de Burnout. La segunda subescala es la despersonalización, la cual está formada por cinco ítems (5, 10, 11, 15 y 22), la puntuación máxima sería 30 y obtener más de 9 puntos mostraría indicios de Burnout. La última subescala que conforma el MBI es la de realización personal y se compone de ocho ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21), en esta escala se podría obtener 48 puntos como máximo, pero una puntuación menor a 34 ya significaría un posible caso del síndrome. Por tanto, la obtención de puntuaciones altas en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera definirían la presencia del síndrome de Burnout. Es importante tener en cuenta el grado de presencia del síndrome, para ello debemos de tener presente que en la primera subescala (cansancio emocional) un nivel bajo estaría entre 0 y 18 puntos, un nivel medio entre 19 y 27, y un nivel alto entre 27 y 54 puntos. En la subescala de despersonalización el grado bajo se encontraría en el intervalo entre las puntuaciones 0 y 5, el medio entre las puntuaciones 19 y 26, y el alto entre las puntuaciones 27 y 54. Por último, se consideraría una baja puntuación en realización personal las puntuaciones entre 0 y 33, mientras que se considerarían medias las puntuaciones entre 34 y 39, y altas a las puntuaciones entre 40 y 56.

En cuanto a los estímulos emocionales se utilizarán un total de 30 imágenes que se dividirán en tres grupos; 10 estímulos agradables, 10 desagradables

y 10 neutros. En cuanto al grupo de las imágenes desagradables se seleccionarán especialmente imágenes negativas que estén relacionadas con la muerte y enfermedades para que tengan un mayor impacto en los profesionales sanitarios.

Se utilizará la escala “Self Assessment Manikin” (SAM) para medir la valencia y el arousal tras el pase de los estímulos. El “Self Assessment Manikin” (SAM) utiliza, para evaluar la valencia, unos dibujos que ilustran distintos niveles emocionales que varían desde una figura con expresión triste hasta una figura sonriente. En el caso de la dimensión de arousal, se utilizará unas figuras similares a las anteriores pero que varían desde una con los ojos muy abiertos hasta otra con muestras de cansancio. Como las figuras siguen un continuo, los participantes podrán seleccionar también si se han sentido “neutrales” ante ciertos estímulos.

## **PROCEDIMIENTO**

El estudio se dividirá en dos fases. En un primer momento se seleccionará un gran número de sanitarios, poniéndonos en contacto con diversos hospitales de España. Una vez contemos con una muestra relativamente grande, le enviaremos a cada participante el cuestionario MBI a través de su correo electrónico personal. Los sanitarios deberán cumplimentarlo y enviárnoslo nuevamente, para poder corregirlo y dividirlos en dos grupos (sanitarios que puntúan alto en presencia de Burnout vs sanitarios que no puntúan alto en presencia de Burnout).

Tras realizar esta primera división, les preguntaremos en qué hospital trabajaron durante la pandemia, además de preguntarles las condiciones en las que lo hicieron. Así, haremos una segunda división que dará lugar a cuatro grupos bien diferenciados: “Presencia de Burnout/Hospitales en condiciones estresantes”, “Presencia de Burnout/Hospitales en condiciones normales”, “No presencia de Burnout/Hospitales en condiciones estresantes”, “No presencia de Burnout/Hospitales en condiciones normales”.

Una vez tengamos diferenciados los cuatro grupos con los que vamos a trabajar, comenzaremos la segunda fase del estudio. En esta segunda fase le enviaremos el enlace que a una página (creada con la herramienta Psytoolkit) donde se les indicará de manera escrita la actividad que deberán realizar a continuación. Esta actividad se realizará de manera individual y consistirá en visualizar y evaluar una serie de estímulos emocionales que serán mostradas en la pantalla durante 2 segundos cada uno. Para evaluar las 30 imágenes, deberán de puntuarlas a través del instrumento SAM "Self Assessment Manikin". Tras el pase de todas las imágenes y sus respectivas evaluaciones, se les indicará en pantalla que han finalizado el estudio y se les agradecerá su participación.

Una vez recibido los resultados se llevará a cabo el estudio de los datos obtenidos para validar o refutar la hipótesis de nuestro estudio. Además, se les comunicará a los individuos si presentan o no el síndrome de Burnout, y en caso de que los presenten se les animará a buscar ayuda profesional.

## **CONCLUSIONES**

Este estudio se planteó al observar la importancia del impacto del Síndrome de Burnout en la vida profesional y personal de los trabajadores. Especialmente las profesiones que trabajan en contacto continuo con otras personas, que hace que se incremente el riesgo de padecer dicho síndrome.

Otro aspecto de interés que impulsó el desarrollo de este estudio fue la aparición del virus responsable de la Covid-19 y la situación de alarma que trajo consigo. Entendiendo que los sanitarios eran el grupo con mayor riesgo a padecer no sólo esta enfermedad, sino otras relacionadas con la salud mental, a causa de las condiciones de presión y estrés con las que se encontraron en sus puestos de trabajo.

Así mismo, tras realizar un repaso bibliográfico acerca del síndrome se busca aportar un enfoque centrado especialmente en el procesamiento emocional, ya que la mayoría de estudios publicados hasta la fecha se centran en aspectos conductuales o cognitivos.

Lo interesante sería observar el impacto del síndrome en los juicios emocionales que pudieran emitir los sanitarios, pudiendo entender de esta manera la apatía emocional que caracteriza al síndrome, además de otros aspectos como la irritabilidad, el mal humor o la desgana.

El objetivo de este estudio es establecer una diferenciación en la valoración afectiva que realicen los sanitarios según presenten o no Burnout, teniendo en cuenta las condiciones en las que trabajaron durante la pandemia del Covid-19.

Por todo esto se espera encontrar que los sanitarios que presentan Burnout y que además han trabajado en condiciones estresantes, emitirán juicios más negativos que el resto de sanitarios ante estímulos emocionales; esta diferencia se hará notoria especialmente en la evaluación de imágenes neutras y agradables.

## REFERENCIAS

- Azcúenaga Linaza, L. M. (2020). Capítulo 6. Burnout o síndrome de trabajador quemado (STQ). En L. M., Azcúenaga Linaza (Ed). *Manual Práctico para la Prevención de Riesgos Emergentes*. FC Editorial.
- Belled, S. I. (25 de mayo de 2020). Lento descenso del ratio de contagio que no abandona el 1,01. *Las Provincias*. <https://www.lasprovincias.es/sociedad/salud/meta-doblegar-curva-coronavirus-20200327192328-ntrc.html>
- Decreto 463 de 2020 [Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática]. Por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. 14 de marzo de 2020. Boletín Oficial del Estado.
- El 'burnout' en médicos y la adicción a los videojuegos ya son enfermedades. (27 de mayo de 2019). *Redacción Médica*. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/la-oms-incluye-el-burnout-de-medicos-y-enfermeras-como-enfermedad-9377>
- Fundación IO. (8 de marzo de 2020). *Número básico de reproducción R0, ¿por qué es tan importante?*. <https://fundacionio.com/2020/03/08/numero-basico-de-reproduccion-r0-por-que-es-importante/>
- Gálvez Herrer, M. (30 de mayo de 2019). Burnout según la OMS: Clasificando el sufrimiento. *Humanizando los Cuidados Intensivos*. <https://humanizando-loscuidadosintensivos.com/es/burnout-segun-la-oms-clasificando-el-sufrimiento/>
- Jayaro, C., de la Vega, I., Díaz-Marsá, M., Montes, A. & Carrasco, J. L. (2008). Aplicaciones del International Affective Picture System en el estudio de la regulación emocional en los trastornos mentales. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36 (3) 177-182.



<https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/9/51/ESP/9-51-ESP-177-182-743468.pdf>

Lang, P. J., Bradley, M. M. & Cuthbert, B.N. (1997). International Affective Picture System (IAPS): Technical Manual and Affective Ratings. *NIMH Center for the study of Emotion and Attention*.

Lang, P. J., Bradley, M. M. & Cuthbert, B. N. (2005). International affective picture system (IAPS): Affective ratings of pictures and instruction manual. *Technical Report A-6. University of Florida*.

López Carballera, A. (2017). *El Síndrome de Burnout: Antecedentes y consecuencias organizacionales en el ámbito de la sanidad pública gallega*. [Tesis Doctoral, Universidad de Vigo]. <http://hdl.handle.net/11093/791>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [MSCBS]. Enfermedad por Coronavirus, COVID-19. 17 de abril de 2020 (España). [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/20200417\\_ITCoronavirus.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/20200417_ITCoronavirus.pdf)

Organización Mundial de La Salud. (2020). *Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>

Ortega Ruiz, C. & López Ríos, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (1), 137-160. [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-100.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-100.pdf)

Sánchez, R. & Ordaz, A. (2020). El coronavirus, en datos: mapas y gráficos de la evolución de los casos en España y el mundo. *El diario*. Recuperado el

8 de Mayo de 2020 en: [https://www.eldiario.es/sociedad/mapa-evolucion-coronavirus-expansion-Espana-9-junio\\_0\\_1005099739.html](https://www.eldiario.es/sociedad/mapa-evolucion-coronavirus-expansion-Espana-9-junio_0_1005099739.html)

Sanz, C. (7 de abril de 2020). Número reproductivo básico (R0): Así funciona el índice más importante para frenar la COVID-19. *Última hora noticias*. <https://www.ultimahora.es/noticias/nacional/2020/04/07/1155337/coronavirus-asi-funciona-numero-reproductivo-basico.html>

*Tipos de profesionales de la salud*. (s.f.). MedlinePlus. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001933.htm>

Trilla, A. (2020). Un mundo, una salud: la epidemia por el nuevo coronavirus COVID-19. *Medicina Clínica*, 154 (5), 175-177. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.02.002>

Vila, J., Sánchez, M., Ramírez, I., Fernández, M. C., Cobos, P., Rodríguez, S., Muñoz, M. A., Tormo, M. A., Herrero, M., Segarra, P., Pastor, M. C., Montañés, S., Poy, R. & Moltó, J. (2001). El Sistema Internacional de imágenes afectivas (IAPS): Adaptación española. Segunda parte. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 54 (4), 635-657. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2364951.pdf>

## ANEXOS

### Anexo 1: “Maslach Burnout Inventory” (MBI).

<b>CUESTIONARIO - BURNOUT</b>			
Este cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los alumnos y su función es medir el desgaste profesional. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout.			
Mide los 3 aspectos del síndrome de Burnout:			
1. Subescala de agotamiento o cansancio emocional. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.) Puntuación máxima 54.			
2. Subescala de despersonalización. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes frialdad y distanciamiento. Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22.) Puntuación máxima 30.			
3. Subescala de realización personal. Evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.) Puntuación máxima 48.			
<b>RANGOS DE MEDIDA DE LA ESCALA</b>			
0 = Nunca.			
1 = Pocas veces al año o menos.			
2 = Una vez al mes o menos.			
3 = Unas pocas veces al mes.			
4 = Una vez a la semana.			
5 = Unas pocas veces a la semana.			
6 = Todos los días.			
<b>CÁLCULO DE PUNTUACIONES</b>			
Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:			
Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Valor total Obtenido	<i>Indicios de Burnout</i>
Cansancio emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20		<b>Más de 26</b>
Despersonalización	5-10-11-15-22		<b>Más de 9</b>
Realización personal	4-7-9-12-17-18-19-21		<b>Menos de 34</b>
<b>VALORACIÓN DE PUNTUACIONES</b>			
Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera definen el síndrome de Burnout. Hay que analizar de manera detallada los distintos aspectos para determinar el Grado del Síndrome de Burnout, que puede ser más o menos severo dependiendo de si los indicios aparecen en uno, dos o tres ámbitos; y de la mayor o menor diferencia de los resultados con respecto a los valores de referencia que marcan los indicios del síndrome. Este análisis de aspectos e ítems puede orientar sobre los puntos fuertes y débiles de cada uno en su labor docente.			
<b>VALORES DE REFERENCIA</b>			
	BAJO	MEDIO	ALTO
CANSANCIO EMOCIONAL	0 – 18	19 – 26	<b>27 – 54</b>
DESPERSONALIZACIÓN	0 – 5	6 – 9	<b>10 – 30</b>
REALIZACIÓN PERSONAL	<b>0 – 33</b>	34 – 39	40 – 56

CUESTIONARIO BURNOUT

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

0= NUNCA.

1= POCAS VECES AL AÑO.

2= UNA VEZ AL MES O MENOS.

3= UNAS POCAS VECES AL MES.

4= UNA VEZ A LA SEMANA.

5= UNAS POCAS VECES A LA SEMANA.

6= TODOS LOS DÍAS.

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

**Anexo 2: "Self Assessment Manikin" (SAM).**

