

**Carles Fernández Ayats**

**LA COVID-19 I LA VIDA DEL PERSONAL SANITARI**

**TREBALL DE FI DE GRAU**

**Dirigit per la Dra. Elisabet Sánchez Rodríguez**

**Grau de Psicologia**



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

**Tarragona**

**2021**

## Taula de contingut

Resum .....	1
Abstract .....	1
Què és la COVID-19? .....	2
La COVID-19 en la població general. ....	3
Conseqüències en la salut física i mental degut a les pandèmies. ....	4
Influència de la COVID-19 als professionals sanitaris. ....	5
Què és el burnout? .....	6
Afectació a la població. ....	6
Burnout en personal sanitari. ....	7
Burnout, COVID-19 i el personal sanitari. ....	8
Factors de risc i de protecció del burnout en professionals de la salut. ....	8
A què fa referència el terme "qualitat de vida"? .....	9
La qualitat de vida en la població general. ....	10
La qualitat de vida en personal sanitari. ....	10
La qualitat de vida, COVID-19 i el personal sanitari. ....	11
Relació entre qualitat de vida i burnout. ....	12
Objectius. ....	13
Hipòtesis. ....	13
Metodologia. ....	14
Mostra/Participants. ....	14
Instruments. ....	14
Procediment. ....	15
Pla d'anàlisi de dades. ....	16

Resultats .....	17
Estadístics sociodemogràfics. ....	17
Variables d'estudi. ....	19
Correlacions i fiabilitat de variables. ....	20
Discussió.....	22
Conclusions .....	24
Bibliografia .....	25

## Resum

La pandèmia per SARS-CoV-2 ha causat molts inconvenients en la societat, però, a escala general els que més han afectat han estat dos: El relacionat amb l'afectació del virus en si, la malaltia, i l'afectació a la salut mental causada per les restriccions, pors i alteracions en la vida quotidiana.

L'objectiu principal d'aquest estudi és analitzar l'impacte de la COVID-19 en els professionals de salut catalana, analitzar com ha afectat l'estrès laboral a la qualitat de vida dels sanitaris i conèixer com ha afectat l'actual estat d'emergència en la seva vida. Un cop presentats els objectius s'han plantejat dues hipòtesis: "Un any després de la pandèmia per culpa de la COVID-19, els sanitaris catalans mostraran nivells baixos de qualitat de vida i, en canvi, hi ha uns nivells de burnout elevats"; i la segona hipòtesis afirma que "Per una banda, puntuacions altes en cansament emocional i despersonalització correlacionaran negativament amb els dominis de qualitat de vida i, per altra banda, puntuacions altes en realització personal correlacionaran positivament amb aquests dominis".

Per donar resposta als objectius i conèixer si les hipòtesis van a favor o en contra d'altres estudis i d'aquest mateix administrat un formulari als participants per conèixer les dades sociodemogràfiques, els indicis de burnout (a través del qüestionari MBI) i els nivells de qualitat de vida (mitjançant el qüestionari de WHOQO-BREF).

Els resultats obtinguts s'han d'entendre des d'un caire únicament acadèmic i informatiu, a causa de la baixa fiabilitat mostrada en les puntuacions de les subescales d'ambdós qüestionaris.

## Abstract

The SARS-CoV-2 pandemic has caused many drawbacks in society, however, on a general scale the most affected have been two: It is related to the disease, the disease, and the mental health condition caused by restrictions, fears and alterations to everyday life.

The main purpose of this study is to analyse the impact of COVID-19 on Catalan health professionals, to analyse how it has affected the stress of work on the

quality of life of health care and to know how it has affected the current state of emergency in its life. Once the objectives have been presented, two hypotheses have been put forward: "A year after the pandemic due to COVID-19, Catalan health care will show low standards of quality of life and instead there are high levels of burnout"; and the second hypothesis states that "For one thing, high scores in emotional tiredness and depersonalization will correlate negatively with quality of life domains and, on the other hand, high scores in personal fulfilment will correlate positively with these domains".

To respond to the goals and to know whether the hypotheses go for or against other studies and the study itself administers a form to participants to know the socio-modal data, the indications of burnout (via the MBI questionnaire) and quality of life levels (via the WHOQO-BREF questionnaire).

The results obtained must be understood from a purely academic and informative area, due to the low reliability shown in the subscale scores of both questionnaires.

### 1. Què és la COVID-19?

La humanitat ha viscut diferents epidèmies com ara: la febre tifoide, la pesta negra, la verola, la febre groga, més recentment en son la SIDA, l'epidèmia de l'èbola, l'epidèmia per SARS, la grip A (H1N1) i actualment la pandèmia causada pel SARS-CoV-2 (Cuero,2020). El SARS-CoV-2 és un virus que prové d'una font animal i la transmissió entre humans més acceptada és per via respiratòria amb un període d'incubació d'1 a 14 dies. El quadre clínic correspon a una infecció respiratòria que esdevé en pneumònia greu i fallada multiorgànica afectant generalment a persones d'edats avançades i amb altres comorbiditats (Pérez Abreu et al.,2020).

El brot de la COVID-19 va començar el desembre de 2019 a Xina, a la ciutat de Wuhan i es va declarar pandèmia mundial l'11 de març de 2020 (Cuero, 2020). El 14 de març de 2020 el govern espanyol va declarar l'estat d'alarma a tot el país, portant a tota la població al confinament domiciliari (Gutiérrez, Moral-Benito, 2020; Ozamiz-Etxebarria, 2020).

Les mesures de contenció no van tardar en aparèixer a tot el territori i durant les dues primeres setmanes d'estat d'alarma es van cessar totes les activitats no essencials per d'aquesta manera mitigar, a curt termini, la propagació de la

pandèmia, encara que això comportés un impacte econòmic important (Gutiérrez, Moral-Benito, 2020). Des d'aleshores el que s'ha intentat és que la pressió hospitalària no colapsés de nou els hospitals i les UCI i que la situació econòmica no se n'anés a pic. Controlar aquesta balança és complicat ja que els efectes de les mesures no són immediats i es tarda uns 15 dies (els d'incubació del virus) en veure si tenen o no efecte en la població general (Pérez Abreu et al., 2020).

### 1.1. La COVID-19 en la població general.

A maig de 2021, la prevalença de la COVID-19 és de 160 milions de casos confirmats, dels quals 95,9 milions s'han recuperat i 3,33 milions han mort a causa de la malaltia provocada pel virus (Ritchie et al., 2021).

Cal remarcar que el treball incansable del personal sanitari per salvar el màxim de vides i l'entusiasme i esforç de farmacèutiques per trobar una vacuna han canviat l'escenari dràsticament, provocant un descens de la mortalitat i transmissió de SARS-CoV-2.

A Espanya s'han viscut 4 períodes pandèmics: el primer període, va durar desde l'inici de la pandèmia, fins al 21 de juny, un cop es va donar per finalitzada la primera onada epidèmica de COVID-19 (RNVE, 2021).

El segon període és des del 22 de juny fins al 6 de desembre de 2020, punt d'inflexió de la incidència acumulada (IA), dada que aporta molta informació a partir d'aleshores, ja que mostra si el virus està molt extès o no. Aquest estadístic es refereix a la proporció de persones que pateixen la malaltia en un període de temps concret. Es calcula dividint el número de casos apareguts en un període, entre el numero d'individus lliures de la malaltia a l'inici del període (Granados, 1994). Un tercer període que s'estableix entre el 7 de desembre de 2020 fins al 14 de març de 2021. Per últim, hi ha un quart període, del 25 de març de 2021 fins a l'actualitat, el qual s'han d'anar analitzant les dades en funció de les restriccions, les vacunes i el clima. Fins a dia d'avui, 12 de maig de 2021, a Espanya s'han notificat 3.592.767 casos (118.063 són sanitaris, el 3,28%), 354.419 hospitalitzacions i 79.208 defuncions (63 són sanitaris 0,05%) amb COVID-19 (RNVE, 2021).

L'estat d'alarma es va decretar per contenir l'expansió del SARS-CoV-2 i reduir la pressió hospitalària de l'estat espanyol. Juntament amb l'estat d'alarma es va

declarar el confinament domiciliari fins al 3 de maig del 2020 (BOE, 2020; Gutiérrez i Moral-Benito, 2020; Ozamiz-Etxebarria, 2020).

Aquest confinament i juntament amb les mesures preses fins l'actualitat, 12 de Maig del 2021, han implicat desde l'aïllament domiciliari, limitacions dràstiques del desplaçament de la població, suspensió de l'activitat educativa, comercial i cultural fins a l'obligatorietat de l'ús de mascareta i distanciament social en espais tancats, evitant sempre la interacció amb grups de persones que no siguin d'una o dos bombolles properes, depenen de les estadístiques i l'influència de la pandèmia (Sandín et al., 2020).

Totes aquestes mesures, especialment, el confinament domiciliari poden provocar un elevat estrès psicosocial (Sandín y Chorot, 2017). Aquest conjunt de restriccions, juntament amb la por que provoca la possibilitat d'infecció (ja que no hem de deixar de banda el fet que el SARS-CoV-2 és una amenaça ambigua, incontrolable, invisible i mortífera) poden provocar alteracions psicològiques a les que s'hi ha d'afegir altres factors secundaris, com la preocupació per la salut de familiars, el possible colapso dels hospitals i un llarg etcètera de conseqüències econòmiques i socials (Sandín et al., 2020).

### 1.2. Conseqüències en la salut física i mental degut a les pandèmies.

La humanitat sempre ha estat acompanyada i ha evolucionat juntament amb l'aparició d'epidèmies. Històricament hi ha hagut pestes pandèmiques molt mortíferes com ara la plaga de Justiniano, la grip espanyola, o la peste negra la qual va provocar la mort d'un terç de la població europea (Ribas, 2020).

En aquestes pandèmies s'adoptaven diferents mesures per evitar-ne la propagació però la principal mesura que ha servit en totes ha estat la del confinament o també dit "mantindre's en quarantena", encara que aquesta provoqués repercussions posteriorment (Ribas, 2020).

Les pandèmies porten conseqüències i seqüeles, les quals solen estar relacionades amb la incertesa i posen de manifest la fragilitat del nostre entorn i la vida. La salut mental d'una gran part de la població es veu alterada de manera negativa sobretot augmentant l'ansietat, l'estrès, la depressió i l'insomni, ja sigui per la por d'infectar-se i morir en el sentit més substancial de supervivència a la pandèmia, fins al fet de confinar-se i perdre moltes de les llibertats que es tenien

(Martínez, 2020). La salut física també s'altera a causa del confinament, ja que la falta de llum solar, el sedentarisme, l'insomni, l'ansietat o l'angoixa poden generar un dèficit en el sistema immune. El fet d'estar actius i exercitar-nos ens proporciona immunitat, ja que es generen més glòbuls blancs i neutròfils (López, 2006).

### 1.3. Influència de la COVID-19 als professionals sanitaris.

La pandèmia per SARS-CoV-2 ha afectat a tota la població mundial però encara més a tots els professionals sanitaris que han estat dia rere dia posant tot de la seva part per salvar el màxim nombre de vides. L'estrès laboral al que s'han enfrontat, el risc de poder-se contagiar i la falta de mitjans per combatre la pandèmia han suposat un esforç mental sùmmament important per tots els sanitaris i s'ha de tenir en compte el fet que els propis sanitaris també han passat pel confinament domiciliari i totes les restriccions seguides (Ignacio i Ruiz Pérez, 2020).

No és la primera vegada que els sanitaris pateixen laboralment a causa d'una epidèmia, pandèmia o pesta i hi ha evidència científica disponible de l'impacte en la salut mental dels professionals sanitaris, la majoria per pandèmies virals causades per SARS (Xiao et al., 2020)

Segons varis estudis, els professionals de la salut, pateixen ansietat (45%), depressió (38%), estrès agut (31%), burnout (28%) i estrès post-traumàtic en un (19%), després d'enfrontar-se a emergències causades per epidèmies virals (Ignacio i Ruiz Pérez, 2020; Lai et al., 2020).

La pandèmia del SARS-CoV-2 ha generat ansietat, estrès i depressió en els professionals de la salut segons un estudi realitzat a 421 sanitaris (Dasil Santamaría, 2021). Aquest estudi avaluava les variables: ansietat, estrès i depressió mitjançant el DASS-21 i també avaluava les dificultats del son amb l'escala d'insomni d'Atenes (EAI). Els factor esmentats anteriorment són deguts als estressors i riscos al que es sotmeten diàriament, contribuint així a simptomatologia psicològica diversa (Santamaría et al., 2020).

Es recomana oferir ajuda psicològica per reduir l'impacte emocional del Covid-19 i així assegurar la seva salut mental (World Health Organization, 2020)

## 2. Què és el burnout?

Segons el *National Institute of Occupational Safety and Health* (1999), es considera estrès laboral com un "conjunt de reaccions emocionals, cognitives, fisiològiques i del comportament del treballador a certs aspectes adversos o nocius del contingut, entorn o organització del treball". Normalment la pròpia naturalesa de la feina és la que suposa estrès al treballador, ja sigui pel fet que la feina suposi un risc o perill, un excés d'hores o simplement l'entorn de treball sigui nociu. (NIOSH, 1999).

L'estrès ha esdevingut un dels síndromes més freqüents en el nostre món laboral i afecta un de cada cinc treballadors del món. (Freire-Garabal, 2011). L'estrès va ser declarat a l'any 2000 per l'OMS (Organització Mundial de la Salut), com un factor de risc laboral donada la seva capacitat per afectar la qualitat de vida, la salut mental o fins i tot posar en risc la vida de les persones. Hidalgo-Murillo i Saborío-Morales (2015), definia el burnout com "la reacció que pot tenir l'individu davant exigències i pressions laborals que no s'ajusten als seus coneixements i capacitats i que posen a prova la seva capacitat per afrontar la situació, afectant negativament la salut psicològica i física dels treballadors, i a l'eficàcia de les entitats per les que treballen" (OMS, 2010).

### 2.1. Afectació a la població.

En els últims trenta anys, s'han desenvolupat molts estudis en relació a la síndrome de burnout, passant per gairebé totes les professions com ara professionals de la salut, funcionaris de presons, educadors, bibliotecaris, militars, administradors entre d'altres.

El burnout afecta qualsevol mena de professió sense tenir en compte l'estatus, ja poden ser directius, venedors, investigadors o empresaris de gran èxit i segons un informe realitzat per Sanclemente Vinué et al. (2014) entre el 18% i el 33% de la població espanyola pateix burnout.

El que s'ha d'incentivar és que per aconseguir les metes i objectius organitzacionals hi hagi una interacció didàctica entre l'empresa i el treballador mitjançant un espai sociotemporal on els treballadors tinguin l'oportunitat de

créixer i desenvolupar-se en el cicle de l'empresa i així obtenir millors resultats tant per l'empresa com per la qualitat de vida dels seus treballadors (Bouza, 2020).

## 2.2. Burnout en personal sanitari.

En l'àmbit dels professionals de la salut, la incidència d'estrès a la feina és més alta i greu que en altres professions, ja que no només afecta el mateix professional, sinó que també afecta el pacient a qui ha de cuidar (Cañadas et al., 2010).

En els professionals de la salut l'estrès sol aparèixer en la transició de la universitat al món laboral i es va mantenint al llarg de la seva vida laboral, ja que han d'actualitzar-se constantment, han d'utilitzar les tecnologies que millor funcionin i sobretot han de saber controlar la relació terapèutica amb el pacient, tot això sense perdre l'empatia i el compromís professional que requereixen (García-Moran i Gil-Lacruz, 2016).

Barragán et al. (2015) van realitzar un estudi revisant un total de 16 articles relacionats amb la sobrecàrrega en els professionals sanitaris i en concret amb el burnout que cada vegada més d'aquests pateixen. Els resultats obtinguts en la revisió varien en funció dels factors de risc que augmenten o disminueixen les puntuacions de la síndrome de burnout, i s'ha vist una alta prevalença de la síndrome de burnout en els professionals de la salut, que fa que la seva qualitat de vida és vegi deteriorada (Cañadas et al., 2010).

Pel que fa als professionals que es veuen més afectats per la síndrome, el personal d'infermeria és el que presenta més esgotament laboral (Bujalance et al., 2001). Això no vol dir que la resta de personal sanitari no presenti una alta prevalença del burnout, al contrari, cada vegada és més alta i, per reduir-la s'han d'implementar eines i programes de prevenció i intervenció el més aviat possible. (Barragán, 2015).

### 2.3. Burnout, COVID-19 i el personal sanitari.

La COVID-19 ha afectat significativament la vida dels sanitaris, l'exposició i els alts índexs de contagi entre el personal (20% dels contagiats totals a Espanya a finals d'abril). Segons Fernando Simón Soria (portaveu del Ministeri de Sanitat contra la pandèmia de SARS-CoV-2 a Espanya) "els sanitaris són un dels grups poblacionals amb més risc, ja que són els que més s'exposen per poder frenar els contagis i la malaltia" (Martín, 2020).

El personal sanitari s'ha vist desbordat i incapaç de controlar l'estrès laboral donat que se'ls ha assignat feines administratives i tècniques diferents de les habituals, s'han vist amb falta de coneixements, exempts de recursos adequats, amb un augment considerable de càrrega laboral, incertesa per la pròpia salut, pressionats pels medis de comunicació i un factor que es considera molt important però passa desapercebut, la discriminació social per por al contagi.

Aquest conjunt d'estressors han provocat que tot el personal sanitari pugui sentir-se esgotat i estressat laboralment (Koppmann et al., 2021).

### 2.4. Factors de risc i de protecció del burnout en professionals de la salut.

Les condicions laborals que estan afrontant els professionals sanitaris, es caracteritzen per la gran pressió assistencial i el possible col·lapse dels sistemes sanitaris (British Medical Association, 2018). Aquests dos factors juntament amb el risc de contagi, suposa un risc per la salut emocional del personal, provocant un risc per la seva qualitat de vida. L'impacte emocional és molt elevat i per tant s'ha de treballar en les possibles solucions per disminuir o alleugerir aquest impacte, associat a l'estrès, l'ansietat, la depressió i la salut mental en general (Bueno Ferrán i Barrientos-Trigo, 2021).

Avui en dia hi ha eines per intentar protegir als professionals sanitaris dels estressors laborals, aquestes podrien ser: intervenir individualment mitjançant habilitats de comunicació, treballar les emocions, intervenir a nivell organitzatiu (parlant amb superiors per gestionar els inconvenients més importants), promoure el treball en equip, millorar la comunicació i la participació, etc. (Barragán et al., 2015). El fet de desenvolupar estratègies d'alerta en front a característiques personals que puguin facilitar el burnout (perfeccionisme, rigidesa o baixa autoestima) ajuda a que el professional pugui retrobar el senti i plaer del

treball i torni a se capaç de cuidar dels altres al seu rendiment màxim (Shanafelt, Noseworthy, 2017).

### 3. A què fa referència el terme "qualitat de vida"?

El concepte de qualitat de vida laboral (QVL) està relacionat amb tots els aspectes del treball que poden ser rellevants per la satisfacció, la motivació i el rendiment laboral. Poden establir-se dos grans dimensions: la relativa a l'entorn en el que es realitza el treball i la que es relaciona amb experiències dels treballadors. Per promoure que els treballadors tinguin una bona qualitat de vida les organitzacions han d'anar revisant i complint totes aquelles condicions relacionades amb el treball, com ara els horaris, la retribució, el medi ambient laboral, els beneficis, etc (Casas et al., 2002).

Així doncs, la qualitat de vida laboral, pot definir-se com un procés dinàmic i continu en el que la activitat laboral te com a objectiu contribuir al complet desenvolupament de la persona. En definitiva, tracta de reconciliar els aspectes de la feina que tenen a veure amb experiències humanes i amb els objectius organitzacionals (González et al., 1996).

En l'actualitat, la globalització ha generat un gran nivell de competència internacional. Les empreses busquen ser exitoses però per ser-ho han de generar ambients justos, productius i potenciadors de les capacitats de tots els treballadors i els equips de treball, factors que potencien la QVL dels treballadors (Granados, 2013; Sánchez, 2009).

El terme qualitat de vida pot portar connotacions positives o negatives. La manera positiva i ideal és mantenint unes condicions òptimes per als treballadors amb horaris correctes, un sou d'acord a la seva tasca, contractes laborals que no siguin precaris o tenint en compte la resiliència dels treballadors (Burgos Díez et al., 2012; World Health Organization, 1994). També pot ser que la influencia sigui potencialment negativa, donat que, quan a la feina les seves condicions no són adequades, la salut es pot veure alterada negativament.

S'ha de procurar que els treballadors rendeixin sempre al màxim nivell i aprofitant totes les seves capacitats. Quan això no es dur a terme és quan hi ha perill que el treballador no es desenvolupi a l'empresa i no es senti realitzat en la societat (Casas, 2002).

### 3.1. La qualitat de vida en la població general.

El descens de la mortalitat i l'augment significatiu de l'esperança de vida en països desenvolupats durant els últims anys, ha provocat la necessitat de buscar nous indicadors i noves escales que mostrin de manera més exacta la qualitat de vida i la situació sociosanitària en la població (Tonon, 2010). L'estructura poblacional, està canviant i canviarà molt, i en conseqüència també ho farà el terme de qualitat de vida (Urzúa i Caqueo-Urizar, 2012).

Avui en dia la població reconeix el terme "qualitat de vida" com una manera de fer referència a la qualitat de les condicions de la vida d'una persona, a la satisfacció experimentada per la persona amb certes condicions vitals i a la combinació de les condicions de vida i la satisfacció personal ponderada amb l'escala de valors, aspiracions i expectatives personals. És per això que en l'actualitat, la qualitat de vida és un terme subjectiu per a cadascú, ja que influeixen molts factors personals i no permet fer-ne una valoració concreta i generalitzable (Gómez i Sabeh, 2001).

Endinsant-nos en els índexs de qualitat de vida en la població espanyola, deixa molt a desitjar. La despesa pública en centres d'atenció primària, hospitals, escoles, universitats, serveis domiciliaris, habitatges assistits, residències de gent gran, pensions, etc. és (a part dels més baixos o el més baix de la UE) cada vegada menor en comparació a la mitjana europea. Potenciar el desenvolupament de tots aquests factors, són els que ajuden al fet que la població visqui en millors condicions i en conseqüència augmenti la seva qualitat de vida (Navarro, 2004).

### 3.2. La qualitat de vida en personal sanitari.

En els últims deu anys la qualitat de vida s'ha transformat en una mesura d'impacte dels cuidats mèdics. L'escalada creixent dels pacients amb malalties cròniques, l'augment de l'esperança de vida (i aleshores les incapacitats), els moviments migratoris han contribuït als canvis, juntament amb el poc temps d'atenció amb el pacient, suposa una greu amenaça per la qualitat de vida dels professionals de la salut (Fernández-López i Hernández-Mejía, 1993).

Els professionals sanitaris són considerats població amb risc i vulnerabilitat, ja que estan en continua exposició a estressors específics propis de la seva feina, aquest

factor pot impactar en el seu benestar i la seva qualitat de vida (Montoya et al., 2009). El creixement de la demanda i els recursos limitats s'han trobat relacionats amb nivells de risc percebut i risc psicosocial associats a l'entorn laboral. Aquests indicadors poden afectar a l'habilitat per controlar i organitzar-se la feina, controlar el temps i les crisis, en definitiva, a la qualitat de vida dels sanitaris (Cozzo i Reich, 2016). Segons Leka i Griffiths (2004) el fet de treballar durant llargs períodes de temps en condicions d'estrès podien provocar ansietat, depressió, irritabilitat, cansament, incapacitat per relaxar-se, dormir, pensar o prendre decisions.

Segons l'Enquesta Nacional de condicions de Treball, l'afectació que té el treball sobre la salut dels empleats és preocupant i més en cas dels professionals de la salut que ascendeix fins a un 28% (Garcia, 2017). Tot i això, la qualitat de vida dels sanitaris espanyols està per damunt de l'índex de la població general i això pot ser degut al biaix de "treballador sà i actiu", ja que la població ocupada sol tenir millor sensació del seu estat de salut (Burgos Díez et al., 2012).

### 3.3. La qualitat de vida, COVID-19 i el personal sanitari.

La pandèmia a causa de la COVID-19, ha mostrat la crisi no només sanitària que viu Espanya, sinó també política, social i cultural. La pandèmia ha mostrat totes les debilitats del sistema i totes les necessitats no satisfetes dels professionals de la sanitat com ara hores de son, descans, interrelacions amb els companys i els caps, contractes laborals precaris, així com necessitats d'oci i salut entre d'altres (Cardenas, 2020).

L'impacte que ha produït la COVID-19 en els sanitaris es important donat que ha provocat quatre símptomes clínics d'importància: ansietat, depressió, insomnis i el motiu de més preocupació: l'estrès laboral. És necessari potenciar instruments tant de detecció com de tractament per evitar problemes a mig i llarg termini. (Espinosa et al., 2020). L'impacte emocional ha estat i és tan transcendent que es considera molt important el fet d'oferir ajuda emocional per augmentar la resiliència dels professionals sanitaris i evitar el burnout i el descens de la qualitat de vida (Frías, 2020).

#### 4. Relació entre qualitat de vida i burnout.

Avui dia una de les principals preocupacions de la població i més concretament del personal que gestiona els recursos humans, és la millora de la qualitat de vida de les persones en els seus llocs de feina (Dolan et al., 2003).

Les organitzacions han d'assolir una millora en la humanització del lloc de treball, millorant les condicions laborals, formant part d'organitzacions democràtiques i participatives, satisfent així les demandes dels treballadors i oferint oportunitats per desenvolupar-se tant en l'àmbit personal com professional, d'aquesta manera s'aconseguirà un elevat nivell en la qualitat de vida (Flores et al., 2013).

Hi ha evidències del fet que alguns aspectes de la satisfacció laboral com serien l'excés d'hores treballades, la tensió laboral o les promocions laborals han empitjorat. Aquest fet pot ser una font consistent d'estrès i quan es perllonguen en el temps pot ser que sigui conductor del desgast professional o també dit burnout (Sobrequés et al., 2003).

Un estudi realitzat a professionals sanitaris de la ciutat de Barcelona, Maresme, Vallès Occidental i Oriental, Osona, Bages i el Berguedà, el qual s'administrava el Maslach Burnout Inventory (MBI), ha mostrat una relació molt estreta entre el nivell de satisfacció/qualitat de vida i les tres subescales que determinen el desgast professional. S'ha vist que baixos nivells de qualitat de vida s'associen a puntuacions altes de cansament emocional i despersonalització, en canvi, les puntuacions de realització personal esdevenien baixes (Castrillón et al., 1999). Sobrequés et al. (2003) també van realitzar un estudi a professionals de la salut a Astúries amb l'objectiu de determinar el grau de qualitat de vida i desgast laboral en aquest sector. El que van concloure va sé que com més alt era el nivell de satisfacció laboral i qualitat de vida, més baixes eren les puntuacions en desgast professional.

Hi ha nombrosos estudis a part dels esmentats en aquest apartat com el de (Cooper et al., 1989; Flores et al., 2013) que corroboren que la qualitat de vida laboral està vinculada amb l'absència de burnout. Consideren súmament important que les organitzacions sanitàries possessin mà a l'assumpte prevenint als professionals sanitaris de riscos psicosocials i millorant la seva salut i qualitat de vida laboral. Modificant l'estructura organitzacional com ara la comunicació, la

solidaritat entre companys, objectius i prioritats clares, vida saludable o estratègies per reduir el cansament emocional i la despersonalització.

## 5. Objectius

L'objectiu principal d'aquest treball de final de grau ha consistit a analitzar l'impacte que ha provocat la COVID-19 en els professionals de la salut catalana. Es busca perquè ha afectat la vida dels sanitaris i com es senten ells des que va començar la pandèmia als inicis del 2020. Esdevé important conèixer la transcendència de la pandèmia per SARS-CoV-2 entre els professionals sanitaris. Per conèixer com d'important ha estat l'impacte i assolir l'objectiu general s'han definit objectius de caràcter més específic relacionats amb com ha afectat la COVID-19 al burnout i la qualitat de vida dels professionals de la salut. Aquests objectius específics són:

- Conèixer com la síndrome de burnout s'associa amb la qualitat de vida dels sanitaris durant la pandèmia
- Conèixer de primera mà com els ha afectat als sanitaris la pandèmia actual.

D'acord amb la recerca feta en el marc teòric i amb l'anàlisi dels resultats de la part pràctica es pretén assolir les respostes als objectius plantejats en aquest apartat.

## 6. Hipòtesis.

1. Un any després de la pandèmia degut a la COVID-19, els sanitaris catalans mostraran nivells baixos de qualitat de vida, en canvi els nivells de burnout seran alts.
2. Puntuacions altes en cansament emocional i despersonalització correlacionaran negativament amb els dominis de qualitat de vida i puntuacions altes en realització personal correlacionaran positivament amb qualitat de vida.

## 7. Metodologia.

### 7.1. Mostra/Participants

La mostra emprada en aquest estudi és de 38 sanitaris i sanitàries actives, amb el criteri d'inclusió d'haver tractat directament amb pacients amb COVID-19, necessitat d'accés a internet per poder realitzar el formulari i coneixement del català i castellà per poder entendre i respondre les preguntes.

En aquest estudi hi ha professionals amb diferents especialitats com són: atenció primària, urgències, infermeria, geriatria, UCI, DUE, gerontologia, medicina interna, medicina de família, pediatria i medicina comunitària.

### 7.2. Instruments

S'ha creat un formulari amb "Google forms" per analitzar la qualitat de vida i el burnout dels sanitaris catalans. Primerament es formulen preguntes sociodemogràfiques per contextualitzar cada participant i seguidament s'administren dos qüestionaris per analitzar el burnout i la qualitat de vida, els dos factors amb els quals es focalitza aquest estudi. Totes les preguntes marquen l'obligatorietat de resposta per poder obtenir resultats òptims.

A l'inici del formulari es demana el consentiment informat a les persones que responen el formulari i es descriu que, l'ús de les dades és únicament acadèmic. Seguidament es formulen una sèrie de preguntes sociodemogràfiques demanant que exposin la seva edat, el gènere, el sector professional i especialitat, quantitat de temps dedicats a la professió i finalment, si han tractat amb pacients amb la COVID-19.

Posteriorment s'administra el primer dels qüestionaris, el Maslach Burnout Inventory (MBI), creat per Maslach i Jackson el 1981. Està format per 22 ítems en forma d'afirmacions, amb 7 opcions de resposta. Aquest contempla les següents subescales: cansament emocional, despersonalització i realització personal. Les subescales de cansament emocional i despersonalització indiquen major desgast a major puntuació. En canvi, la subescala de realització personal funciona a la inversa, indicant major desgast les puntuacions més baixes. Aquest test pretén mesurar la freqüència i la intensitat amb la qual es pateix burnout (Faúndez i Gil-Monte, 2009).

Un cop acabat el MBI, s'administra el qüestionari que mesura la qualitat de vida. S'ha administrat la versió espanyola del WHOQOL-BREF (The World Health Organization Quality of Life), creat per l'OMS (Cardona-Arias i Higuera-Gutiérrez, 2014). Consta de 26 ítems amb 5 opcions de respost, els quals formen 4 subescales: salut física, salut psicològica, relacions socials i ambient. Aquest qüestionari serveix per conèixer la seva opinió vers la qualitat de vida que té, la seva salut i altres àrees de la seva vida. (Badia et al., 2002).

Al final del formulari s'han realitzat dos qüestions més reflexives. En la primera es pregunta "què és el que més t'ha afectat en aquest any de pandèmia a nivell professional i/o personal?" és una pregunta oberta i ens aporta informació més personal dels participants. Referent a la segona, la resposta pot ser sí o no i es pregunta si "creien que la deshumanització dels processos i del seguiment dels pacients afecta el seu rendiment".

La fiabilitat d'algunes de les subescales dels qüestionaris no és bona. Per una banda, en el qüestionari MBI la fiabilitat de les subescales de cansament emocional la fiabilitat ( $\alpha=0,863$ ) i realització personal ( $\alpha=0,780$ ) són acceptables, però a la subescala de despersonalització hi ha una davallada significativa de la fiabilitat amb una puntuació de  $\alpha=0,548$ . Per altra banda, la fiabilitat de les subescales del qüestionari de WHOQO-BREF són molt baixes tant en la subescala de salut física, com entorn i relacions socials, amb puntuacions de  $\alpha=0,471$ ,  $0,376$ ,  $0,393$  respectivament. La subescala de salut psicològica és l'única subescala on la fiabilitat és acceptable amb una puntuació de  $\alpha=0,714$ .

### 7.3. Procediment.

L'instrument ha estat administrat via On-line mitjançant la plataforma "Google forms" entre el febrer i maig de 2021. S'ha distribuït via WhatsApp a personal sanitari conegut i es demanava a aquests que el reenviessin a companys de feina. També s'ha fet ús d'un codi QR, distribuït per xarxes per accedir fàcilment al formulari. La durada del formulari era d'aproximadament 15 minuts i s'inclouen les instruccions a seguir per realitzar-lo correctament. Es garantia l'anonimat de la persona que responia, així com es demanava el consentiment pel tractament de les seves dades amb ús exclusivament acadèmic i investigador.

Finalment, s'exposarà la discussió on per comprovar si les hipòtesis plantejades van a favor o en contra dels resultats i quines implicacions tenen aquests i també conèixer les limitacions a l'hora de realitzar aquest estudi.

#### 7.4. Pla d'anàlisi de dades

Un cop recollida tota la informació dels formularis mitjançant les preguntes sociodemogràfiques, el qüestionari MBI, el WHOQOL-BREF i les dues preguntes formulades al final del formulari, es procedeix a dur a terme el pla d'anàlisi de dades.

Primerament, per tal de descriure la mostra i les variables d'estudi, es calcularan les mitjanes i desviacions típiques per a variables contínues com ara les subescales dels qüestionaris, i percentatges per les variables dicotòmiques o nominals com serien l'edat, l'especialitat i el gènere.

En relació amb la primera hipòtesi, la qual planteja que un any després de la pandèmia degut a la COVID-19, els sanitaris catalans mostraran nivells baixos de qualitat de vida, en canvi els nivells de burnout seran alts, s'analitzaran els resultats del qüestionari MBI, i les seves subescales (cansament emocional, despersonalització i realització personal) contrastant-los amb els valors de referència proporcionats pel test per així saber si hi ha indicis de burnout en la mostra administrada. Posteriorment es realitzarà el mateix procediment pel qüestionari WHOQO-BREF, contrastant els resultats de cada subescala (salut física, salut psicològica, entorn i relacions socials) i conèixer els nivells de qualitat de vida en cada dimensió.

Sobre la segona hipòtesi, que afirma el fet que puntuacions altes en cansament emocional i despersonalització correlacionaran negativament amb els dominis de qualitat de vida i puntuacions altes en realització personal correlacionaran positivament amb qualitat de vida. Es realitzaran correlacions entre les subescales del qüestionari MBI i les 4 subescales del qüestionari WHOQO-BREF, d'aquesta manera se sabrà si el fet de puntuar alt en cansament emocional i despersonalització significa obtenir puntuacions baixes en les subescales de qualitat de vida.

Un cop analitzades les hipòtesis s'estudiaran les preguntes qualitatives formulades al final del formulari, per saber una opinió més elaborada i humanística dels participants, un espai més reflexiu.

Per realitzar tots aquests càlculs s'ha utilitzat el programa IBM-SPSS versió 27.0. L'IBM-SPSS ens ha permès elaborar correlacions, regressions i estadístics descriptius necessaris per a la interpretació dels resultats.

## 8. Resultats

### 8.1. Estadístics sociodemogràfics.

En primer lloc, es defineix que la mostra a la qual s'ha administrat aquest estudi és jove, ja que la majoria dels participants (63%) tenen entre els 24 i els 30 anys (Taula 1). En referència al gènere, està formada per 34 dones (89,5%) i 4 homes (10,5%).

**Taula 1.** *Edat de la mostra.*

<b>Edat</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
18 - 24 anys	12	31,6%
25 - 30 anys	12	31,6%
31 - 40 anys	6	15,8%
+ 40 anys	8	21,1%
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

A continuació s'exposaran els resultats que mostren el sector professional, sent el sector públic clarament dominant (76,3%) (Taula 2), l'especialitat sanitària dels participants, amb la infermeria com a especialitat majoritària, gairebé la meitat de tota la mostra, 44,7% (Taula 3) i el temps que porten exercint la professió. D'aquesta última variable és important remarcar el fet que quasi el 60% de la mostra és treballadora sanitària en un rang de 0 a 5 anys (Taula 4). En relació amb l'especialitat sanitària s'ha donat un participant com a "valor perdut" i per tant la mostra en aquest factor és de 37 participants.

**Taula 2.** *Sector professional de la mostra.*

<b>Sector professional</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Públic	29	76,3%
Privat	5	13,2%
Públic i privat	4	10,5%
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

**Taula 3.** *Especialitat de la mostra.*

<b>Especialitat</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Atenció primària	4	10,5%
Infermeria	17	44,7%
UCI	1	2,6%
Geriatría	4	10,5%
Comunitària	1	2,6%
Gerontologia	1	2,6%
Gestora de casos	1	2,6%
Medicina interna	1	2,6%
Medicina de família	2	5,3%
Cobertures	2	5,3%
Pediatria	4	10,5%
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

**Taula 4.** *Temps exercint com a professional sanitari.*

<b>Temps exercint</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
0 – 5 anys	22	59,5%
6 – 10 anys	4	10,8%
11 – 20 anys	4	10,8%
21 – 35 anys	4	10,8%
+35 anys	3	8,1%
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>

### 8.2. Variables d'estudi.

Les puntuacions obtingudes en el qüestionari MBI, Maslach Burnout Inventory mostren indicis de burnout si es contrasten amb els valors de referència d'aquest qüestionari (Taula 5) tant en la subescala de cansament emocional, com en la de despersonalització. En canvi, la subescala de realització personal no només no mostra indicis de burnout sinó que els nivells són alts (Taula 5). Una puntuació significativa és la desviació estàndard de la dimensió de cansament emocional, amb un resultat de 10,48 punts dóna a entendre la gran dispersió de dades en aquesta subescala.

**Taula 5.** *Puntuacions i valors de referència de les subescales del qüestionari MBI (Urgilés, 2020).*

<b>MBI</b>	<b>Mitjana</b>	<b>Desviació estàndard</b>	<b>Valors de referència</b>
Cansament emocional	27,21	10,48	Més de 26
Despersonalització	9,37	5,53	Més de 9
Realització personal	40,57	5,13	Menys de 34

En el WHOQO-BREF, com més altes són les puntuacions de cada subescala més alt és el nivell de qualitat de vida. En cada subescala s'ha de prendre diferents punts màxims i mínims, ja que cada una la componen diferents nombres d'ítems. Per exemple, la subescala de salut física la componen 7 ítems per tant la puntuació màxima és de 35 punts.

Els resultats generals no són gaire bons donat que no hi ha cap subescala que s'apropi al punt màxim, totes les dimensions es mantenen en puntuacions mitjanes (Taula 6).

**Taula 6.** Puntuacions de les subescales del qüestionari WHOQO-BREF.

<b>Subescala</b>	<b>Rang de puntuacions</b>	<b>Mitjana</b>	<b>Desviació estàndard</b>
Salut física	7-35	24,24	3,35
Salut psicològica	6-30	19,82	4,05
Relacions socials	3-15	8,87	2,35
Entorn	8-40	25,77	3,57

### 8.3. Correlacions i fiabilitat de variables.

Els resultats que mostra la Taula 7 són els esperats. Les tres subescales del qüestionari MBI, correlacionen correctament entre elles, és a dir, correlacionen positivament la subescala de cansament emocional i despersonalització, en canvi tant el cansament emocional com la despersonalització correlacionen negativament amb la subescala de realització personal, fet que és lògic, ja que exemplificant-ho s'entén que "si estàs més cansat/da emocionalment, et sentis menys realitzat/da personalment.

En referència les correlacions entre les variables dels dos qüestionaris, es pot observar com el cansament emocional i la despersonalització correlacionen negativament i significativament amb les subescales de salut física, salut psicològica i entorn, però no ho fa amb la subescala relacions socials. Per contra,

la subescala de realització personal, correlaciona positivament amb totes les subescales del qüestionari de WHOQO-BREF, però no de manera significativa.

**Taula 7.** Correlacions entre les subescales del qüestionari MBI i el WHOQO-BREF

	Cansament emocional	Desperso-nalització	Realització personal	Salut física	Salut psicològica	Relacions socials	Entorn
Cansament emocional	1						
Desperso-nalització	,475**	1					
Realització personal	-,476**	-,112	1				
Salut física	-,539**	-,037	,332*	1			
Salut psicològica	-,556**	-,457**	,199	,505**	1		
Relacions socials	,082	,056	,074	,375*	,108	1	
Entorn	-,373*	-,369*	,014	,505**	,752**	,364*	1

\*. La correlació és significativa en el nivell 0,01 (bilateral).

\*\*.. La correlació és significativa en el nivell 0,05 (bilateral).

Al final del formulari s'han formulat dues preguntes de reflexió una oberta i una altra tancada. La pregunta oberta preguntava "Què és el que més t'ha afectat en aquest any de pandèmia en l'àmbit professional i/o personal?". Molts dels professionals han compartit les mateixes opinions les quals podrien classificar-se en: limitació de recursos i precarietat laboral, en moltes ocasions han comentat la precarietat de contractes òptims, l'abús d'hores treballades i el tracte pèssim de les institucions; la manca d'empatia de la societat i l'incompliment de les mesures

de contenció i per últim la manca d'ajuda psicològica per culpa de l'estrès emocional a causa de la pressió a la qual estan sotmesos tots els professionals.

Quan a la segona reflexió s'ha qüestionat si els professionals creien que la deshumanització dels processos i del seguiment dels pacients afectava el seu rendiment. La resposta ha estat d'un 76,3% sí vers un 23,7% que ha respost no. És a dir, que el fet d'allunyar-se del tracte humà cap a l'usuari, de no poder fer un seguiment d'aquest i no tractar-los amb un caire més proper ha afectat significativament al rendiment laboral d'aquests professionals. Un sanitari que al final del dia laboral acaba amb desànim, tristesa, estrès i ansietat, és un professional que no pot donar el 100% a la feina i el fet que aproximadament 3 de cada 4 professionals es senti així, és preocupant.

## 9. Discussió

Primerament, es clarifica que aquest estudi no mostra una fiabilitat suficientment alta per generalitzar els resultats o concloure que són significatius i, per tant, s'han d'analitzar amb perspectiva. En cas que aquest estudi hagués de ser publicat, s'hauria donat per finalitzat en el moment que s'hagués sapigut la fiabilitat d'aquest. Contràriament, s'han analitzat els resultats i es posa en manifest el caire únicament acadèmic i informatiu d'aquests.

Tot i la manca de fiabilitat esmentada, els resultats confirmen que la població sanitària catalana pateix cansament emocional i despersonalització, dos indicis de burnout. Segons un informe científic elaborat per Sobrequés et al. (2003), quan les puntuacions de cansament emocional i despersonalització són elevades, es mostren puntuacions baixes en la realització personal i, de la mateixa manera, amb les subescales de qualitat de vida. En aquest estudi els resultats obtinguts en aquestes subescales tenen un valor intermedi, és a dir, no es considera que la població a la qual s'ha administrat aquest formulari tingui una qualitat de vida elevada, però sí que s'han obtingut puntuacions altes en cansament emocional i despersonalització. Quant a la realització personal, els resultats no segueixen el que s'esperava donat que les puntuacions han estat excessivament elevades, fet que significa que es segueixen sentint realitzats en la seva feina.

Un cop obtinguts els resultats podem dir que aquests van a favor de la primera hipòtesi plantejada, que afirmava que un any després de la pandèmia degut a la COVID-19, els sanitaris catalans mostraran nivells baixos de qualitat de vida, en canvi els nivells de burnout seran alts, atès que, els nivells de qualitat de vida no han estat alts, més aviat han obtingut puntuacions intermèdies. A més a més, han mostrat alts indicis de burnout en dues de les tres subescales del qüestionari MBI, com serien el cansament emocional i la despersonalització.

Aquests resultats s'ajusten a un estudi realitzat per Burgos Díez et al. (2012), el qual justificava baixos en les puntuacions de qualitat de vida en professionals sanitaris al fet que aquests no solen tenir problemes per trobar feina i pagar les seves necessitats; aquest últim fet el considerava un factor transcendent per augmentar el nivell de qualitat de vida. Aleshores, és esperable que si obviem aquest component, les puntuacions del qüestionari de WHOQO-BREF fossin més baixes.

Quant a la segona hipòtesis, la qual plantejava que quan s'obtenen puntuacions altes en cansament emocional i despersonalització correlacionaran negativament amb els dominis de qualitat de vida i puntuacions altes en realització personal correlacionaran positivament amb qualitat de vida, de la mateixa manera que Martínez de la Casa Muñoz, (2003) va a favor dels resultats, ja que les puntuacions de les subescales de cansament emocional i despersonalització en el qüestionari MBI han correlacionat negativament amb 3 de les 4 subescales del qüestionari de WHOQO-BREF. La subescala de realització personal correlaciona positivament amb totes les subescales de qualitat de vida, encara que no ho fa de manera significativa.

Varis estudis com el de Castrillón et al. (1999), Flores et al., 2013 i Sobrequés et al. (2003) corroboren els resultats d'aquest estudi, afirmant que com més alts siguin els nivells de cansament emocional i despersonalització, més baixos seràn els de qualitat de vida i els de la subescala de realització personal. És a dir, com més altes siguin les puntuacions en la subescala de realització personal, més alts seràn els valors en les subescales de qualitat de vida. En aquest estudi els resultats de la subescala de realització personal no han anat com s'esperava degut que tot i obtenir puntuacions altes en la subescala de cansament emocional i despersonalització, a la subescala de realització personal també ha obtingut

puntuacions altes. Això pot ser degut a l'edat de la mostra, ja que molts dels participants en l'estudi fa entre 0 i 5 anys que són professionals de la salut, (59,5%) aleshores encara que tots tenen indicis de patir estrès laboral, es senten realitzats quan duen a terme la feina. Aquesta variable pot suposar un biaix en els resultats d'aquesta subescala.

Per últim, esmentarem les limitacions d'aquest estudi. El fet que la mostra sigui petita i es tracti d'una mostra de conveniència causa que els resultats no puguin ser significatius i generalitzables. Si el nombre de participants hagués estat major, els resultats podrien haver sigut diferents.. Una altra limitació ha estat haver d'administrar el formulari via On-line en comptes de fer-ho presencialment, fet que no em permet saber si els participants entenen perfectament les instruccions i/o si estan contestant les preguntes en un ambient òptim (sense soroll, posant l'atenció necessària o la possibilitat de respondre'l ràpidament degut al cansament). Aquest seguit de factors han pogut provocar que la fiabilitat sigui baixa i per tant, que aquest informe només es pugui valorar des d'una visió acadèmica i informativa.

## 10.Conclusions

Els professionals sanitaris ja pateixen d'estrès laboral en condicions "normals" o "estandards", és a dir, sense estat pandèmic. Quan els hospitals i els centres de salut es troben sota pressió perllongada a causa d'una crisi sanitària global, com ha estat la pandèmia de SARS-CoV-2, pot portar problemes emocionals més intensos, empitjorar la qualitat de vida i augmentar el desgast laboral conegut com a burnout.

L'actual situació sanitària encara no ha cessat i s'està lluitant dia rere dia per superar-la, però el fet que encara s'estigui en situació d'emergència pot causar una falta d'avaluació de l'impacte en els professionals de la salut. El que si se sap és que aquest sector es troba en una situació tensa on els indicis de burnout són elevats i aquests afecten significativament la seva qualitat de vida, tal com s'ha vist en aquest estudi i com corroboren múltiples informes esmentats en aquest treball.

Les dues preguntes formulades al final del formulari mostren un punt de vista més reflexiu i proper. Aquestes, a escala general, ens deixen un tast d'allò que pensen tots i totes les professionals. La manca de recursos i condicions laborals pèssimes, l'absència d'ajuda i estratègies per superar la tensió emocional i la deshumanització dels processos i tracte del pacient, són un resum generalitzat d'allò que afecta més a tot el personal sanitari. Aquestes consideracions greus han de canviar per evitar que segueixi augmentant l'estrès laboral en aquest sector. Per fer-ho s'han de facilitar eines de prevenció laborals, desenvolupar estratègies per evitar el desgast laboral i, sobretot, que les institucions sanitàries s'esforcin amb que tots i cada un dels professionals tinguin accés a condicions laborals dignes.

Aquestes ajudes no només milloraran la qualitat de vida de tot el personal sanitari, sinó que també es veurà beneficiat el pacient. Si els professionals treballen amb ganes, il·lusió, recursos suficients i bones condicions laborals, la qualitat del sistema sanitari incrementarà.

### 11. Bibliografia

- Badia, X., Baró, M. S., & Alonso, J. (Eds.). (2002). *La medida de la salud: guía de escalas de medición en español*. Tecnología y Ediciones del Conocimiento.
- Barragán, A. B., Martos, Á., Cardila, F., del Mar Molero, M., del Carmen Pérez-Fuentes, M., & Gázquez, J. J. (2015). Variables relacionadas y prevalencia del burnout en profesionales sanitarios. *European Journal of Health Research*, 1(1), 5-14.
- Boletín Oficial del Estado (BOE) (2020). Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.  
<https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463>.
- Borthwick-Duffy, S.A. (1992). Quality of life and quality of care in mental retardation. In L. Rowitz (Ed.), *Mental retardation in the year 2000* (pp.52- 66).

Bouza, E., Gil-Monte, P. R., Palomo, E., Cortell-Alcocer, M., Del Rosario, G., González, J., ... & Soriano, J. B. (2020). Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en los médicos de España. *Revista Clínica Española*, 220(6), 359-363.

British Medical Association. (2018). Working in a system that is under pressure. *London: British Medical Association*;  
<https://www.bma.org.uk/media/files/pdfs/collective%20voice/influence/key%20negotiations/nhs%20pressures/working-system-under-pressure-bma-council-report-mar-2018.pdf?la=en>

Bueno Ferrán, M., & Barrientos-Trigo, S. (2021). Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud. *Enfermería clínica*, 31.  
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.006>

Bujalance, J., Villanueva, F., Guerrero, S., Conejo, J., González, A., Sepúlveda, A., Viñas, C., Castro, S., y Martín, F. (2001). Burnout y satisfacción laboral de los profesionales que atienden a pacientes geriátricos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 36(1), 32-40.

Burgos Díez, P., Ruiz Albi, T., Queipo Burón, D., Rescalvo Santiago, F., Martínez León, M. M., Amo Merino, P. D., & Burgos Díez, C. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores sanitarios. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 58(226), 27-34.

Cañadas, G.A., Lozano, L.M., De la Fuente, E.I., Vargas, C., y Saldaña, L. (2010). Análisis bayesiano de variables relacionadas con el desarrollo del síndrome de Burnout en profesionales sanitarios. *Escritos de Psicología*, 3(4), 33-39

Cardona-Arias, J. A., & Higuera-Gutiérrez, L. F. (2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(2), 175-189.

- Cardona, D., & Agudelo, H. B. (2005). Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista facultad nacional de salud pública*, 23(1).
- Carmen García-Moran, M., & Gil-Lacruz, M. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Persona*, (19), 11-30.
- Casas, J., Repullo, J. R., Lorenzo, S., & Cañas, J. J. (2002). Dimensiones y medición de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios. *Revista de administración sanitaria*, 6(23), 143-160.
- Castrillón, C. O., Morán, S. G., & Suárez, M. M. (1999). Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, 24(6), 352-359.
- Cooper CL, Rout U, Faragher B. (1989). Mental health, job satisfaction and job stress among general practitioners. *BMJ*. 366-70.
- Cozzo, G., & Reich, M. (2016). Estrés percibido y calidad de vida relacionada con la salud en personal sanitario asistencial. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 8(1).
- Cuero, C. (2020). La pandemia del COVID-19 [The COVID-19 pandemic]. *Revista Médica de Panamá*, 40(1), 1-2.
- Dolan, S. L., Díez, M. y Cannings, K. (2003). Psicotoxicología de la vida laboral: el caso del personal médico de Suecia. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19, 117-133.
- Dosil Santamaría, M., Ozamiz-Etxebarria, N., Redondo Rodríguez, I., Jaureguizar Alboniga-Mayor, J., & Picaza Gorrotxategi, M. (2021). Psychological impact of COVID-19 on a sample of Spanish health professionals. Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 14(2), 106-112.  
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.05.004>

- Esparza, J. (2016). Epidemias y pandemias virales emergentes:¿Cuál será la próxima? *Investigación clínica*, 57(3), 231-235.
- Espinosa, K. R. C., Bolzoni, M. B., & Martín, D. B. (2020). El impacto en la salud mental de los profesionales sanitarios durante la COVID-19. *Revista de enfermería y salud mental*, (16), 17-25.
- Faúndez, V., & Gil-Monte, P. (2009). Análisis de las principales fortalezas y debilidades del "Maslach Burnout Inventory"(MBI). *Ciencia & Trabajo*, 11, 160-167.
- Fernández-López, J. A., & Hernández-Mejía, R. (1993). Calidad de vida: algo más que una etiqueta de moda. *Med Clin (Barc)*, 101, 576-578.
- Flores, N., Jenaro, C., Cruz, M., Vega, V., & del Carmen Pérez, M. (2013). Síndrome de burnout y calidad de vida laboral en profesionales de servicios sanitarios. *Pensando Psicología*, 9(16), 7-21.
- Freire-Garabal, M. (2011). El estrés amenaza la salud de uno de cada cinco trabajadores. *Diario La Voz de Galicia*.  
[http://www.lavozdeg Galicia.es/santiago/2011/08/10/0003\\_201108S10C3991.htm](http://www.lavozdeg Galicia.es/santiago/2011/08/10/0003_201108S10C3991.htm)
- Frías, C. E., Cuzco, C., Frías Martín, C., Pérez-Ortega, S., Triviño López, J. A., & Lombraña, M. (2020). Resilience and emotional support in health care professionals during the COVID-19 pandemic. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.*, 6(58), 5-6.
- García, F. J. P. (2017). *Encuesta nacional de condiciones de trabajo 2015: 6a EWCS-España*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Gil-Monte, P. R., & Moreno-Jiménez, B. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. *Madrid: Pirámide*, 36-37.

- Gómez, M., & Sabeh, E. (2001). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. *Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca*. 13-15
- González, P., Peiró, J. M., & Bravo, M. J. (1996). Calidad de vida laboral. *Tratado de psicología del trabajo*, 2, 161-186.
- Gracia, E. P. T. (2021). Las Epidemias y sus medidas sanitarias durante el siglo XIX en la Baja Andalucía. *Iberoamérica Social: Revista-red de estudios sociales*, (4), 43-64.
- Granados, I. (2013). Calidad de vida laboral: historia, dimensiones y beneficios. *Revista IIPSI*. 271-276.
- Granados, J. A. T. (1994). Incidencia: concepto, terminología y análisis dimensional. *Med Clin (Barc)*, 103, 140-142.
- Guerrero, E. (2000). Una investigación con docentes universitarios sobre afrontamiento del estrés y el síndrome del "quemado". Recuperado el 5 de agosto de 2007. *Revista Iberoamericana de Educación de los Estados Iberoamericanos*: <http://www.rioei.org/profesion17.htm>.
- Gutiérrez, E., & Moral-Benito, E. (2020). Medidas de contención, evolución del empleo y propagación del Covid-19 en los municipios españoles. *Banco de España*, 110-130.
- Hannah Ritchie, Esteban Ortiz-Ospina, Diana Beltekian, Edouard Mathieu, Joe Hasell, Bobbie Macdonald, Charlie Giattino, Cameron Appel, Lucas Rodés-Guirao and Max Roser. (2021). Coronavirus Pandemic (COVID-19) – the data. *Our world in data*. <https://ourworldindata.org/coronavirus-data>.
- Huidobro Cardenas, M. M. (2020). Motivación y calidad de vida laboral en la satisfacción laboral según personal sanitario en épocas de Covid-19. *Universidad Cesar Vallejo*, 29-33.

Ignacio C., Ruiz Pérez I.(2020). El impacto de la pandemia por COVID-19 sobre la salud mental de los profesionales sanitarios. *Easp*.

<https://www.easp.es/web/coronavirusysaludpublica/el-impacto-de-la-pandemia-por-covid-19-sobre-la-salud-mental-de-los-profesionales-sanitarios/>

Koppmann, A., Cantillano, V., & Alessandri, C. (2021). Distrés moral y burnout en el personal de salud durante la crisis por COVID-19. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(1), 75-80.

Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N. (2020) Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*. 3-6.

López Chicharro J, Fernández Vaquero A. (2006). Fisiología del ejercicio. *Editorial Médica Panamericana*. 41-46.

Mangas Roldán, J. M. (2001). Anotaciones sobre las Juntas Municipales de Sanidad. *VI Jornadas Nacionales de Historia de la Veterinaria*. 43.

Martín Quintero, G. (2020). Evaluación del procesamiento emocional en profesiones sanitarios que presentan el Síndrome de Burnout. *Universidad de La Laguna Facultad de psicología*, 2-6.

Martín Verdejo, F. (2004). Los hospitales rurales de pobres en el Antiguo Régimen: el Hospital de Domingo Pérez (y de Erustes). *Anales Toledanos*, 40, 321-396.

Martínez de la Casa Muñoz, A., Del Castillo Comas, E., Magaña Loarte, Bru Espino I, Franco Moreno, Segura Frago. (2003). Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. *Aten Primaria*, 343-348.

Martínez-Taboas, A. (2020). Pandemias, COVID-19 y Salud Mental: ¿Qué Sabemos Actualmente?. *Revista Caribeña de Psicología*, 143-152.

Medeiros, E. A. S. (2020). La lucha de los profesionales de la salud en el enfrentamiento de la COVID-19. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33.

Montoya, P.J., Walteros, C., Frascarelli, M., & Izquierdo, R. (2009). Evaluación de las alteraciones cognitivas y la calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores/as con alto nivel de estrés laboral entre el sector hostelería en las Islas Baleares. Memoria final del proyecto de investigación. *Palma de Mallorca: Universitat de les Illes Balears*, 31.

[http://www.fphib.es/resources/informe\\_proy\\_turismo\\_v2.pdf](http://www.fphib.es/resources/informe_proy_turismo_v2.pdf)

National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH). (1999). Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. <http://www.cdc.gov/niosh/pubs>.

Navarro, V. (2004). El estado de bienestar en España. *Madrid: Tecnos*. 15-32.

OMS. (2010). Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS. *Contextualización, práctica y literatura de apoyo*, 6(6), 53-56.

Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., & Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 36.

Pérez Abreu, M. R., Gómez Tejeda, J. J., & Dieguez Guach, R. A. (2020). Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19.

Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. (2021). Informe no 78. Situación de COVID-19 en España. *Gobierno de España*.

<https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID19/INFORMES%20COVID19%202021/Informe%20nº%2078.%20Situación%20de%20COVID%2019%20en%20España%20a%2012%20de%20mayo%20de%202021.pdf>

Ribas, M. B. (2020). Sobre las pandemias. *Salud Planetaria*, 199. 160-168.

- Saborío Morales, L., & Hidalgo Murillo, L. F. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), 119-124.
- Sánchez, D. M., Estrada, E. M., Velázquez, L. B., García, R. F. B., Rodríguez, M. M., González, C. R., ... del Rosal, R. S. (2009). Deporte, salud y calidad de vida. *Fundación" la Caixa"*, 87-93.
- Sanclemente Vinué, I., Elboj Saso, C., & Iñiguez Berrozpe, T. (2014). Burnout en los profesionales de Enfermería en España. Estado de la cuestión. *Metas de enfermería*, 17(10), 17-23.
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25.
- Sandín, B., y Chorot, P. (2017). Cuestionario de Sucesos Vitales (CSV). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22, 95-115.  
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.2.2017.19729>.
- Santamaría, M. D., Ozamiz-Etxebarria, N., Rodríguez, I. R., Alboniga-Mayor, J. J., & Gorrotxategi, M. P. (2020). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 23-26.
- Shanafelt, T. D., & Noseworthy, J. H. (2017). Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. *In Mayo Clinic Proceedings*, 129-146.
- Sobrequés, J., Cebriá, J., Segura, J., Rodríguez, C., García, M., & Juncosa, S. (2003). La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Atención primaria*, 31(4), 227-233.

Tonon, G. (2010). La utilización de indicadores de calidad de vida para la decisión de políticas públicas. *Polis. Revista Latinoamericana*, 26).

Urgilés, S. (2020). Síndrome de burnout en el personal de salud que trabaja en la unidad de terapia intensiva durante la pandemia covid-19 en un hospital de Quito. *Universidad internacional SEK*, 12.

Urzúa, A., & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71.

World Health Organization. (1994). *Declaración sobre salud ocupacional para todos: aprobada en la segunda reunión de los Centros Colaboradores de la OMS para Salud Ocupacional, Beijing, China, 11-14 de octubre de 1994*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

World Health Organization. (2020). Coronavirus disease (COVID-19) Weekly Epidemiological Update and Weekly Operational Update. *COVID-19 situation reports*.  
<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>.

Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26.