



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

MÁSTER UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS
LABORALES

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE
BURNOUT EN PERSONAL SANITARIO EN
EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN
HOSPITAL DE TERCER NIVEL DURANTE
LA SEXTA OLA DEL COVID-19.

AUTOR: FERNANDO LÓPEZ-NAVARRO MORILLO

TUTOR: JOSÉ RICARDO NALDA MOLINA

CURSO 2021-2022



INFORME DEL DIRECTOR DEL TRABAJO FIN MASTER DEL MASTER UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

D. José Ricardo Nalda Molina., Tutor del Trabajo Fin de Máster, titulado *“Prevalencia del Síndrome de Burnout en Personal en el Servicio de Urgencias de un Hospital de Tercer Nivel Durante la Sexta Ola del COVID-19”* y realizado por el estudiante D. Fernando López-Navarro Morillo,

Hace constar que el TFM ha sido realizado bajo mi supervisión y reúne los requisitos para ser evaluado.

Fecha de la autorización: 11/07/2022

Fdo.:
José Ricardo Nalda Molina



RESUMEN

El síndrome de burnout (SBO) o síndrome de estar quemado por el trabajo representa la máxima afectación por el estrés laboral en un trabajador. Se trata de una situación patológica que afecta al individuo tanto a nivel personal, principalmente con alteraciones psicológicas (estrés, ansiedad, falta de motivación...) como profesional, ya que reduce la eficiencia y calidad asistencial. Aunque se describió inicialmente en profesionales que prestaban servicios a terceros, hoy día se acepta en cualquier profesión.

En este trabajo se pretende estudiar la prevalencia del síndrome de burnout en una muestra de profesionales sanitarios que trabajan en el servicio de urgencias del Hospital Virgen de la Arrixaca (Murcia). Se han realizado dos tipos de encuestas, una con datos epidemiológicos y otra específica del SBO, el Índice de Maslach de Burnout.

Como principales resultados, hemos encontrado una prevalencia del síndrome de burnout de grado severo del 8.4% y de grado moderado del 91.6%; y tan solo el 52.8% está satisfecho completamente con su trabajo.

Por tanto, aunque el síndrome de burnout ya existía antes de la pandemia, el Covid-19 ha multiplicado su prevalencia, sobre todo en aquellos trabajos que se han visto sobresaturados durante los peores momentos, como han sido los profesionales sanitarios. Por ello, resulta fundamental aplicar estrategias de identificación y afrontamiento para proteger la salud de los profesionales, e indirectamente, a los usuarios de una peor calidad asistencial.

PALABRAS CLAVE: Burnout, Estrés, Urgencias, Covid19, Sanitarios.

Índice

ÍNDICE:	4
INTRODUCCIÓN	5
DEFINICIÓN Y SÍNTOMAS	5
EPIDEMIOLOGÍA.....	7
PAPEL EN SANITARIOS	7
FACTORES DE RIESGO	8
FASES DEL PROCESO DE BURNOUT	10
DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN	11
CONSECUENCIAS.....	12
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	12
JUSTIFICACIÓN	14
OBJETIVOS	15
MATERIAL Y MÉTODOS	16
RESULTADOS	20
DISCUSIÓN	23
CONCLUSIONES	31
BIBLIOGRAFÍA	32
ANEXOS	39

1. Introducción

1.1. Definición y síntomas

El Síndrome de burnout (SBO) es el término comúnmente utilizado para hacer referencia al síndrome de estar quemado por el trabajo. Como la misma palabra dice, se trata de un síndrome, y por tanto, una enfermedad, que afecta a la persona y está íntimamente relacionada con el ambiente laboral.

A lo largo de la historia se ha definido de varias formas. El término Síndrome de burnout fue acuñado en 1974 por el psiquiatra Herbert Freudenberger (1), que definió este síndrome como “una sensación de fracaso y una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador.

Más tarde, Maslach y Jackson 1981 (2), lo definen como “un síndrome de afectación tridimensional, caracterizado por un agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”. El agotamiento emocional aparece cuando los trabajadores empiezan a sentir que ya no pueden dar de sí mismos a nivel afectivo. La despersonalización aparece como sentimientos y actitudes negativas en el trabajo, tanto con los compañeros como con los clientes/usuarios. Por otro lado, la baja realización personal hace referencia a que los trabajadores no estén contentos con su trabajo y se sientan insatisfechos. Según Maslach, solo lo podían sufrir los profesionales asistenciales.

Además, también desarrollan una escala para su medición, la escala de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory), de la que hablaremos posteriormente.

En 1987, Burke (3), explica el Síndrome de burnout como un “proceso de adaptación del estrés laboral, caracterizado por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento”.

En 1988, Pines y Aronson (4) redefinen el concepto, ampliando su definición de forma que ya no solo afecta a profesionales que trabajen con personas, si no que se puede dar en cualquier trabajador que se vea “agotado mental, física y emocionalmente debido a una demanda emocional crónica”.

Para Mingote en 1998 (5), no sólo se trataba “estar quemado” en el trabajo, sino que una parte fundamental del concepto de Síndrome de burnout viene definida por el significado que tiene para la persona su propio trabajo. Es decir, a mayor capacidad para diferenciar vida profesional de vida personal, lo que implica una elevada capacidad de afrontamiento, resulta de una menor afección por este síndrome. Sin embargo, una implicación excesiva en el trabajo, sin esa capacidad para limitarlo a su vida profesional, puede favorecer la aparición de sintomatología afectiva e incluso disminuir el rendimiento laboral.

En cuanto a sus síntomas, es importante aclarar que la presencia de los mismos no implica necesariamente el desarrollo del síndrome, sino que se deben presentar en un contexto laboral y durante un tiempo más o menos prolongado. Es decir, que un trabajador tenga un mal día y se sienta agotado emocionalmente por su trabajo al llegar a casa no es suficiente para hablar de que ha desarrollado el Síndrome de burnout.

Los síntomas que pueden aparecer en este síndrome son múltiples y muy variados (1,6–8). Como hemos dicho previamente, se trata de una afectación tridimensional, y por tanto tendremos síntomas en las tres esferas. Los vamos a distinguir en 5 grupos:

- a) Síntomas cognitivos: sentirse infravalorado, enfadado, pensar que trabajas mal, que no eres capaz de hacer las cosas, tener una visión pesimista de las cosas, inseguridad, pérdida de la autoestima...
- b) Síntomas afectivos: nerviosismo, irritabilidad, mal humor, frustración, agresividad, aburrimiento, agobio, tristeza, depresión, sentimientos de culpa...
- c) Síntomas actitudinales: apatía, irresponsabilidad, escaquearse, impaciencia, pasotismo, quejarse por todo, no colaborar, aislamiento, romper relaciones sociales con el entorno laboral, frialdad hacia los clientes/usuarios, indiferencia...

d) Síntomas físicos: cansancio o fatiga crónica, dolor de cabeza, dolores musculares...

e) Enfermedades asociadas: hipertensión arterial, taquicardia, trastornos digestivos, cardiopatía isquémica, trastornos del sueño...

Muchas veces, y durante mucho tiempo, se ha confundido la presencia de alguno de estos síntomas en relación con el trabajo como un signo de falta de personalidad, vulnerabilidad psicológica, o que “el trabajo le quedaba grande”; cuando en realidad todos estos síntomas aparecen debidos a la exposición a unas determinantes condiciones psicosociales en el trabajo, que interaccionan con la personalidad y características del individuo.

1.2. Epidemiología

No existen muchos datos acerca de la prevalencia de este síndrome, ya que es un término relativamente moderno, y que hasta no hace mucho se limitaba a los trabajadores del sector servicios. La mayoría de los estudios consultados no encuentran diferencias entre sexos, siendo la edad predominante el rango entre los 30 y 50 años (9,10). Las profesiones que más se han asociado a la aparición de este síndrome (profesionales sanitarios, fuerzas de seguridad, profesores...) muestran una prevalencia de hasta el 50% en algunos centros (7,9,10). Concretamente en nuestro país el estudio de Grau et al (13) demuestran una prevalencia del 24% en profesionales sanitarios.

La Asociación Americana de Psiquiatría no incluye en su clasificación de 2013 (DSM-V), el Síndrome de burnout como enfermedad específica. Sin embargo, desde el 2019 la Organización Mundial de la Salud reconoce el burnout como un fenómeno laboral tras su inclusión en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11) (14).

1.3. Papel en sanitarios

Como señala la Nota Técnica Preventiva 704 (15), el Síndrome de burnout consiste en una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las

personas con las que se trabaja y hacia el propio rol del profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud.

Estos datos conllevan grandes repercusiones tanto en los profesionales como en el resto de la población, como potenciales usuarios de un sistema sanitario afecto psicosocial y laboralmente.

En el ámbito jurídico es importante conocer que los profesionales sanitarios se encuentran protegidos por la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, en la cual se les protege como trabajadores y se reconoce a la organización y ordenación del trabajo como condiciones susceptibles de provocar riesgos laborales, enfatizándose la necesidad de identificar a los mismos, por ejemplo el estrés laboral y sus consecuencias (entre las que destaca el Síndrome de burnout) (16).

1.4. Factores de riesgo

La etiología del Síndrome de burnout no es una causa primaria ni única, sino que para que se desarrolle el SBO son necesarios ciertos factores desencadenantes. Por tanto, podemos decir que su etiología es multifactorial, incluso cabría señalar que más bien se tratan de factores o agentes desencadenantes, en lugar de agentes causantes.

Como ya hemos dicho previamente, el SBO aparece por la interacción entre factores y condicionantes laborales con la personalidad y características individuales de cada trabajador. Cuando los agentes estresores superan la capacidad de respuesta del individuo empiezan a aparecer los síntomas propios de la enfermedad, primero de manera insidiosa, para posteriormente hacerse constantes y generar malestar en la persona.

Para considerarse la presencia de SBO es necesario que el trabajador se vea afectado en las tres dimensiones (emocionalmente, despersonalización y baja realización personal).

Podemos distinguir tres grupos de factores de riesgo, tal y como describen el artículo de Anabella Martínez y una tesis de la Universidad de Córdoba (17),(18):

“a) Factores de riesgo a nivel de organización

- Estructura de la organización muy jerarquizada y rígida
- Falta de apoyo instrumental por parte de la organización
- Exceso de burocracia
- Falta de participación de los trabajadores
- Falta de formación práctica a los trabajadores en nuevas tecnologías
- Falta de refuerzo o recompensa
- Falta de desarrollo profesional
- Estilo de dirección inadecuado
- Percepción de desigualdad en la gestión de los recursos humanos

b) Factores de riesgo relativos al diseño del puesto de trabajo

- Sobrecarga de trabajo, con exigencias emocionales en la interacción con el cliente/usuario.
- Carga de trabajo excesivamente baja
- Disbalance entre responsabilidad y autonomía
- Falta de tiempo para el desarrollo del trabajo
- Carga emocional excesiva
- Contacto diario y mantenido con la enfermedad
- Falta de control de los resultados de la tarea
- Falta de apoyo social y/o familiar
- Estresores económicos
- Insatisfacción con el trabajo
- Poca autonomía a la hora de tomar decisiones
- Trabajos repetitivos y mecánicos

c) Factores de riesgo relativos a las relaciones interpersonales

- Trato con clientes/usuarios difíciles o problemáticos
- Dinámica negativa de trabajo

- Relaciones tensas, competitivas, con conflictos entre compañeros y con usuarios
- Falta de colaboración entre compañeros
- Proceso de contagio del SBO
- Ausencia de reciprocidad en los intercambios sociales”

Además de todos estos factores de riesgo, existen características personales que también pueden influir negativamente en las respuesta del trabajador a estos factores de riesgo, y favorecen de igual modo la aparición del SBO. Algunas de estas características son (15):

- Alto grado de altruismo, idealismo y empatía
- Elevado grado de perfeccionismo
- Constancia en la acción
- Baja autoestima
- Escasas habilidades sociales
- Baja autoeficacia
- Patrón de conducta tipo A



1.5. Fases del proceso de burnout

Distinguimos las siguientes fases, que se enuncian tal y como aparecen en la NTP 704 del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España (15,19,20):

- 1) “Fase inicial, de entusiasmo: aparece al empezar un nuevo trabajo, con energía y expectativas positivas. No importa trabajar horas de más.
- 2) Fase de estancamiento: no se cumplen las expectativas profesionales, y se observa un desequilibrio entre el esfuerzo y la recompensa. En esta fase aparece el estrés psicosocial, la desilusión y el desaliento.
- 3) Fase de frustración: aparecen la desilusión o desmoralización. Cualquier situación resulta irritable y genera un conflicto en el trabajo. Pueden empezar a aparecer problemas emocionales, fisiológicos y conductuales.

- 4) Fase de apatía: en esta fase suceden una serie de cambios actitudinales y conductuales, apareciendo mecanismos de defensa frente a las relaciones interpersonales con trabajadores y clientes/usuarios. Llegados a este punto es fundamental una intervención precoz para evitar consecuencias mayores (abandono del empleo, depresión, ansiedad...).
- 5) Fase de quemado: colapso emocional y cognitivo, con importantes consecuencias para la salud. Esta fase puede arrastrar al trabajador a una carrera profesional frustrada con insatisfacción.”

1.6. Diagnóstico y evaluación

El Síndrome de burnout no está recogido como una enfermedad en el DSM-V, por tanto, su diagnóstico no es sencillo, sino que depende de la presencia de varios de los síntomas descritos previamente durante un tiempo prolongado.

Existen métodos cualitativos y cuantitativos, como señala el grupo de Gil-Monte (7). Entre los métodos cualitativos destacan las entrevistas personales, que pretenden indagar acerca de la situación emocional del trabajador. Por otro lado, en cuanto los métodos cuantitativos, se trata de escalas psicométricas, siendo las más utilizadas la MBI (Maslach Burnout Inventory), con diferentes versiones (2,21,22), y el CESQT (Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo), que se puede utilizar también en distintos ámbitos laborales (23–26). Otro de los métodos evaluativos destacados a nivel internacional es el Burnout Measure, propuesto por Pines y Aronson en 1988 (4).

La equivalencia en percentiles se clasifica de la siguiente manera:

- P75 burnout alto.
- P50 burnout medio.
- P25 burnout bajo.

Estas puntuaciones han sido estudiadas en diferentes muestras y se ha concluido que los niveles de burnout son diferentes según la muestra, es decir que no queda claro el límite entre lo normal y lo patológico; una cuestión que se ha seguido discutiendo a lo largo de los estudios

de síndrome. Esto sugiere que no se puede generalizar a todas las profesiones y culturas la clasificación del burnout, e implica la elaboración o adecuación de ciertos criterios (18).

1.7. Consecuencias

El SBO ocasiona consecuencias negativas y graves en el individuo y en el trabajo que desarrolla. En el trabajador ocasiona consecuencias de carácter emocional y conductuales. Es decir, no solo afecta a su vida personal, provocando una situación continua de tristeza, mal humor y que puede llegar hasta sufrir enfermedades como ansiedad o depresión; sino también a su carrera profesional, ya que pierde todo interés por el trabajo, sus relaciones interpersonales y sus metas laborales.

Otras de las consecuencias a nivel conductual es el desarrollo de consumo de sustancias psicotóxicas y otros hábitos dañinos para la salud.

En la empresa también va a ocasionar consecuencias, ya que en primer lugar, puede ser una situación que se repita en compañeros de trabajo, y que genera situación de malestar general, aumento de la carga de trabajo debido a un absentismo laboral, pérdida de continuidad...

Todo ello conlleva un gran coste económico y social, por lo que debemos tratar el SBO como un problema de índole social y de salud pública (8).

1.8. Estrategias de afrontamiento

Los niveles de actuación frente al SBO son, por un lado, los factores desencadenantes y por otro lado, los trabajadores individual y grupalmente (7,27). Frente a los primeros podemos desarrollar medidas para mejorar las condiciones de trabajo (repartir tareas, participación en la toma de decisiones, recompensa económica, hacer sentir al trabajador valorado y respetado...). Mientras que a nivel personal, la mayoría de acciones se centran en conseguir que el individuo sea capaz de afrontar mejor esos agentes estresantes (entrenamiento en resolución de problemas, mejorar las relaciones interprofesionales, conocer los distintos roles

de los trabajadores, cursos de apoyo social, evaluaciones periódicas, mejorar la motivación y la autoeficacia...).

Carver (28) diferencia las estrategias de afrontamiento en 3 tipos: dirigidos al problema, dirigidos a la emoción y las que son potencialmente disfuncionales.

Ramos (29), en 1999, hizo referencia a tres niveles de intervención para actuar frente al estrés en el trabajo: individual, interpersonal y organizacional.

Estrategias orientadas al individuo: su objetivo es fortalecer a la persona para combatir o enfrentarse al estrés laboral. Las acciones a este nivel pueden de carácter "positivo" (adquirir habilidades resolutivas de problemas, optimización del tiempo y los recursos, mejora de las relaciones sociales...) o "paliativo" (habilidades de relajación y control de las emociones, por ejemplo).

Como último recurso se aconseja cambiar de puesto de trabajo dentro o fuera de la institución para que el individuo no llegue al abandono de la profesión (18). Además, hay que tener en cuenta que en algunas ocasiones se necesitará el apoyo farmacológico o psicoterapéutico.

A nivel social, es importante que el sujeto sienta y perciba el apoyo de su entorno, tanto familiar, como de amistades o compañeros de trabajo.

En cuanto a las medidas organizacionales, destacan aquellas que tengan que ver con la organización del trabajo (reparto de turnos y tareas, evitar el aburrimiento y la monotonía...) así como la organización de las relaciones de su entorno. Cada vez que se le da más importancia a ofrecer una información exhaustiva y completa sobre familiar y grupos a los que el sujeto puede pedir ayuda (18). Hay que prestar atención a los cambios que introducimos, ya que cualquier cambio puede suponer una fuente de estrés. Para evitarlo, los programas referidos se deben implantar con precisión, prudencia, y sentido común (29).

2. JUSTIFICACIÓN

Como se ha comentado previamente, la prevalencia del Síndrome de burnout entre los sanitarios españoles ronda el 24% (13). Ello supone que esta situación afecta a uno de cada cuatro profesionales sanitarios. Por tanto, no se trata de una patología infrecuente, sino que nuestro propio médico de cabecera, o cualquier profesional sanitario que conozcamos, tiene el riesgo de sufrir dicha enfermedad en algún momento.

El Síndrome de burnout presenta dos características que pueden favorecer el hecho de que se le infravalore. Por un lado, el diagnóstico de dicho cuadro no es sencillo, lo cual puede ocasionar que muchos casos no lleguen a conocerse. Y por otro lado, sus consecuencias se suelen instalar de manera progresiva y en un periodo de tiempo más o menos largo, aunque ya se ha visto que pueden ser muy negativas.

Es un problema que no afecta solo al profesional que lo sufre, en forma de alteraciones psicológicas y conductuales, sino que también se ve mermada la atención recibida por parte del paciente o usuario de los servicios. Por tanto, creemos necesario dar a conocer su importancia.

Por tanto, teniendo en cuenta su relativa frecuencia y su amplio abanico de secuelas, podemos afirmar que se trata de un problema actual y evidente, que debe ser abordado de manera correcta por quién corresponda. Debemos evitar que este síndrome se compare con situaciones como “pasar una mala racha en el trabajo”, “sobrecarga de trabajo” o pensar que “a veces el trabajo es más duro que la persona que lo lleva a cabo”.

Además, según la literatura revisada, no abundan los estudios que estudien el Síndrome de burnout en España que englobe a médicos adjuntos, médicos residentes y personal de enfermería. Concretamente, es el primer estudio de estas características en la Región de Murcia. Esperamos que sea un comienzo en el estudio y valoración de este síndrome, y ayude a su previsión y rechazo.

3. OBJETIVOS

El objetivo principal de nuestro trabajo consiste en realizar un estudio de la prevalencia del Síndrome de burnout entre los profesionales sanitarios del servicio de urgencias del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia.

Los objetivos secundarios son los siguientes:

- Conocer datos epidemiológicos del personal sanitario relacionados con la pandemia Covid-19.
- Proponer métodos o estrategias para hacer frente al Síndrome de burnout.
- Realizar una revisión de la literatura actual acerca del Síndrome de burnout en los servicios de urgencias hospitalarias.



4. MATERIAL Y MÉTODOS

Para conseguir el objetivo expuesto, se ha realizado un estudio observacional básico, no experimental, de corte transversal y con un diseño descriptivo y explicativo. Para ello se han utilizado dos tipos de encuestas que se han pasado al personal sanitario del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca durante los meses de diciembre de 2021 y enero de 2022. El personal que ha participado lo hemos dividido en tres categorías profesionales, médicos adjuntos, médicos residentes y personal de enfermería.

Los criterios de inclusión han sido:

- Médico o enfermero/a que trabajen en el servicio de urgencias del Hospital Virgen de la Arrixaca y hayan accedido voluntariamente a cumplimentar las dos encuestas.

Los criterios de exclusión han sido:

- No haber trabajado durante al menos un año seguido en el servicio de urgencias.
- No haber cumplimentado correctamente las dos encuestas.

Han participado 50 personas, pero solo 36 de ellas han respondido a las dos encuestas, por lo que hemos eliminado de nuestro trabajo las personas que solo habían respondido una encuesta.

La toma de datos se ha realizado a partir de dos tipos de encuestas.

- Una encuesta general, creada por nosotros mismos, para conocer datos demográficos y preguntas relativas a su situación personal.
- Una encuesta específica, la Escala de Burnout de Maslach (MBI, Maslach Burnout Index).

Se han entregado encuestas en papel y on-line a través de un formulario.

En la primera encuesta relativa a los datos demográficos y preguntas personales, las variables recogidas han sido:

- Sexo: hombre o mujer
- Edad: menor de 30, 30-40, 40-50, o más de 50
- Estado civil: pareja, soltero, separado o viudo

- Categoría profesional: médico, residente, enfermería
- Tipo de contrato: fijo, residente, indefinido, temporal
- Años trabajados: 0-2, 2-4, 4-10, más de 10.
- Enfermedad por covid19: no, leve, moderada, grave
- Baja laboral: no, semanas, meses
- Enfermedad mental previa: no, hace menos de 5 años, hace más de 5 años
- Practica ejercicio físico regularmente
- Fuma: no, en ocasiones, en el trabajo, a diario
- Continuar realizando alguna actividad para combatir el estrés laboral: deporte, fumar, beber, cultura, yoga, familia, leer, estudiar, comer, ninguna.
- Inicio de alguna actividad para combatir el estrés laboral: deporte, fumar, beber, cultura, yoga, familia, pilates, leer, pintar, comer, ninguna.
- Necesidad de ayuda especializada para superar el estrés laboral: no, psicólogo, psiquiatra, medicación
- Satisfecho en su trabajo: no, a veces, si

La segunda encuesta se trata de la escala de Maslach para el estudio del Síndrome de burnout (MBI) adaptada al español por N. Seisdedos (30).

Cuenta con 22 ítems divididos en 3 categorías (cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal). Las respuestas de cada ítem van desde el “nunca”, representado por el 0, a “diariamente”, representado por el 6. Las categorías son las siguientes (31) :

a) Los ítems que corresponden al cansancio emocional (CE) son: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome; es decir, cuanto mayor es la puntuación de esta categoría, mayor es el grado de severidad del burnout.

b) Los ítems que corresponden a la despersonalización (DP) son: 5, 10, 11, 15 y 22. Su puntuación también es directamente proporcional al burnout del individuo.

c) Los ítems que corresponden a la realización personal (RP) son los restantes: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. A diferencia de las otras dos, en esta subescala, la puntuación es inversamente proporcional al grado de burnout; es decir, cuanto mayor es la puntuación obtenida en estos ítems, menor será el grado de severidad el burnout experimentado por el individuo.

Se han desarrollado tres rangos para diferenciar los grados de afectación en cada una de las escalas, como se refleja en la tabla. Para la valoración global de la escala un puntaje > 88 indica SB severo, entre 44 y 88 moderado y < 44 leve (32).

GRADO	Cansancio emocional	Despersonalización	Baja realización personal
Bajo	18 o menos	5 o menos	40 o más
Moderado	19-26	6-9	34-39
Severo	>27	>10	>33

Tabla 1: Grados de severidad en categorías de MBI.

Como explicó López en el año 2000 (31): no existe un punto de corte concreto, sino que los rangos se han establecido a partir de una distribución normal en diversos grupos de profesionales estudiados.

Los 22 ítems son los siguientes, tal y como aparecen en el artículo de N. Seisdedos (30):

- 1 Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
- 2 Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío
- 3 Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado
- 4 Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes
- 5 Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales
- 6 Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa
- 7 Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes
- 8 Siento que mi trabajo me está desgastando
- 9 Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo
- 10 Siento que me he hecho más duro con la gente
- 11 Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente
- 12 Me siento con mucha energía en mi trabajo
- 13 Me siento frustrado en mi trabajo
- 14 Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo
- 15 Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes
- 16 Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa
- 17 Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes
- 18 Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes

- 19 Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo
- 20 Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades
- 21 Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada
- 22 Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas”

Para el análisis estadístico se utilizará la aplicación del paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 24.0 para Windows. Se realizará únicamente una estadística descriptiva. La mayoría de nuestras variables son cualitativas, que se expresan como valores absolutos y porcentajes, mientras que la única variable cuantitativa son los datos extraídos de la Escala de Maslach.

Dado que el número total de la muestra no es muy elevado, el estudio no posee una gran potencia estadística. Sin embargo, a partir de estos resultados se podrían inferir unos resultados similares si se estudiara una población mayor.



5. RESULTADOS

Los resultados de nuestra muestra son los siguientes:

En cuanto a los datos epidemiológicos, más de dos tercios de los encuestados son mujeres (69.4%), y el grupo de edad más frecuente es el menor de 30 años (39%). De los 30 a los 40 años representan el 28%, de 40 a 50 años el 25%, y en último lugar, con más de 50 años solo supone el 8% de nuestra muestra.

El 86% de la muestra tiene pareja estable, siendo soltero el 11%, y el 3% restante se define como separado o divorciado.

Aunque se intentó seleccionar a una muestra de tamaño similar en cada categoría profesional, la participación de enfermería superó el 40% (41.7%), mientras que los médicos y los residentes rondaron el 30% (30.6% y 27.8% respectivamente).

Tan solo el 14% de la muestra tenía un puesto fijo de trabajo, siendo la mayoría de la muestra empleados con tiempo indefinido (33%) y temporal (25%). Los residentes tienen un contrato diferente.

Respecto a los años trabajados la mitad de la muestra ha trabajado menos de 5 años y la otra mitad 5 años o más. Distinguimos dos subgrupos dentro de cada mitad, diferenciando hasta dos años trabajados (16.7%) y de dos a cuatro años (33.3%) en el primer grupo, y entre 5-10 años (14%) y más de 10 años (36%) en el segundo.

Respecto al COVID, el 22% ha padecido la enfermedad, aunque todos de una forma leve. Sin embargo, una persona ha tenido que estar de baja más de una semana, y otra persona, más de un mes.

El 11% de la muestra ha sufrido una enfermedad mental hace menos de 5 años.

En relación a las actividades de ocio, el 61% realiza deporte habitualmente, mientras que el 17% afirma fumar tabaco, pero solo el 11% lo hace a diario.

A continuación, se detallan las tablas donde se observa la frecuencia con la que la gente ha seguido practicando, o ha iniciado, alguna actividad como método antiestrés.

	Actividades continuadas tras la pandemia
Deporte	39%
Actividades de cultura	8.3%
Yoga	5.6%
Ocio familiar	44.4%
Ninguna	2.8%

Tabla 2. Actividades que han seguido realizando durante la pandemia.

	Actividades iniciadas tras la pandemia
Deporte	16.7%
Actividades de cultura	19.4%
Yoga	8.3%
Ocio familiar	30.6%
Pilates	2.2%
Pintar	2.2%
Ninguna	19.4%

Tabla 3. Actividades que han empezado a realizar tras la pandemia.

Casi el 20% de la muestra refiere haber precisado ayuda psicológica para combatir el estrés en el trabajo, siendo 3 médicos, 3 residentes y una enfermera (estos últimos 4 menores de 30 años). El 5.6% (dos mujeres, una enfermera y una médico) precisó medicación específica para afrontar dicha situación .

Los que llevan trabajados 2-4 años, 66% solo está satisfecho a veces, 4-10 años el 40%, y > 10 años 38% satisfecho a veces.

De toda la muestra, poco más de la mitad (52.8%) refiere estar satisfecho en su puesto de trabajo actualmente. Si separamos por categoría profesional, el 82% de los médicos está satisfecho con su trabajo, por el 70% de los residentes. Enfermería presenta las tasas mas bajas, ya que menos de la mitad de la muestra está satisfecha con su trabajo (46.7%). Solo hay una enfermera que no está satisfecha en su trabajo, mientras que el resto refiere sentir

una satisfacción profesional ocasionalmente. De los hombres, el 82% si está satisfecho. De las mujeres, tan solo el 40% están satisfechas, y el 56% están satisfechas a veces.

En cuanto a los datos de la encuesta de MBI, los datos se representan en las siguientes tablas:

	Leve	Moderado	Severo
Cansancio Emocional	30.5%	33.4%	36.1%
Despersonalización	33.3%	27.8%	38.9%
Baja realización personal	36.1%	36.1%	27.8%
Total	0%	91.6%	8.4%

Tabla 4. Resultados totales de escala MBI.

		Leve	Moderado	Severo
Cansancio emocional	Médico Adjunto	45%	44%	11%
	Residente	10%	40%	50%
	Enfermería	33%	27%	40%
Despersonalización	Médico Adjunto	9%	55%	36%
	Residente	20%	30%	50%
	Enfermería	60%	7%	33%
Baja realización personal	Médico Adjunto	37%	45%	18%
	Residente	30%	10%	60%
	Enfermería	40%	47%	13%
Total	Médico Adjunto	0%	91%	9%
	Residente	0%	90%	10%
	Enfermería	0%	93%	7%

Tabla 5. Resultados divididos en categorías.

6. DISCUSIÓN

El Síndrome de burnout ha sido definido de muchas maneras desde su aparición, sin embargo, ninguna de ellas ha conseguido ser aceptada universalmente como definición perfecta. Una de las causas de este hecho puede ser su similitud o superposición con otros conceptos, como pueden ser:

-Estrés general: ocasiona efectos positivos y negativos, pero el SBO solo aporta consecuencias negativas.

-Fatiga física: la recuperación es más rápida, y no tiene por que ir acompañada de emociones negativas, sino que puede verse asociada a sensación de éxito o bienestar personal (4)

-Depresión: Tal y como afirman A. Pines y S. Meier, “se ha confirmado que la depresión tiene una correlación significativa con el cansancio emocional, pero no con las otras dos dimensiones del burnout como son la baja realización personal y la despersonalización o cinismo. Uno de los síntomas más destacados de la depresión es el sentimiento de culpa, mientras que en el burnout los sentimientos que predominan son la cólera o la rabia“ (33,34).

Si hay alguna actividad que vaya implícita con la profesión sanitaria es el cuidado de personas. No se puede concebir que un médico o enfermero se inhiba del cuidado de sus pacientes. Porque la medicina no es solo diagnosticar y curar, sino que en muchas ocasiones, se trata de enfermedades incurables, en las que “solo” queda cuidar y acompañar al paciente en su enfermedad.

Son profesiones con una alta carga emocional, ya que por el trato continuo con personas en situaciones donde lo están pasando mal, además de generar un estrés constante, con momentos críticos y de máxima urgencia. Todo ello afecta a la personalidad de los profesionales, que deben buscar métodos o estrategias de afrontamiento para evitar el colapso emocional y laboral, como hemos comentado.

Y por si era poco...apareció el COVID-19. Un nuevo virus desconocido, con una capacidad de contagio nunca antes vista, y cuyos efectos y secuelas no se conocían (incluso a día de hoy no se conocen por completo). Esta nueva situación de pandemia mundial multiplicó enormemente el estrés sufrido por los profesionales sanitarios. Se han tenido que enfrentar al COVID en primera línea de batalla, sobre todo el personal de urgencias (35).

Cuando aún no se conocía nada del virus, ellos atendieron a los pacientes con protecciones en todo el cuerpo, durante horas, con el riesgo de contraer ellos mismos la enfermedad o de llevar el virus a sus casas. Y si algún compañero enfermaba o tenía que ausentarse, el resto del equipo se veía obligado a duplicar o incluso triplicar sus horas de trabajo para poder cumplir con el servicio y la atención a los pacientes. Todos estos hechos aumentaron los niveles de estrés en el personal sanitario; el cual se mantuvo durante los meses más críticos de la pandemia, como bien señala este estudio de 2020 (36).

Es evidente que el Síndrome de burnout entre los profesionales sanitarios existía antes del COVID-19, como muestran los datos de Ramírez et al en 2018 (37), sin embargo, tras la pandemia, la prevalencia de este síndrome ha aumentado debido a varios factores, como ya se ha comentado previamente. Estudios realizados en China (38–40) señalan la presencia de síntomas relacionados con el miedo, la ansiedad y trastornos mal-adaptativos en cerca del 20% de la población desde que comenzó la pandemia.

El objetivo de este trabajo es analizar la prevalencia de Síndrome de burnout entre los profesionales sanitarios de un hospital de tercer nivel tras haber pasado casi dos años desde el inicio de la pandemia.

Desde hace años, en las facultades de medicina y enfermería hay un predominio del sexo femenino, que luego se traduce en un mayor porcentaje de mujeres en estas categorías profesionales dentro del hospital. Por tanto, no sorprende que, en nuestra muestra de 36 profesionales, casi el 70% sean mujeres.

En cuanto a la edad, destaca la mayor participación de gente más joven (más de la mitad de la muestra tienen menos de 40 años), aunque este dato puede ser explicado por los residentes de medicina (que ocupan casi un tercio de la muestra), ya que son médicos en formación, con la carrera recién acabada, y por lo general, menores de 30 años. Otro factor que puede explicar esta edad media tan joven es que la encuesta se ha realizado a trabajadores del servicio de urgencias, que suele ser un servicio de transición, o bien de iniciación al terminar la carrera de enfermería.

El 86% de la muestra tiene pareja estable, mientras que el 11% se encuentra soltero/a.

Los profesionales sanitarios están expuestos a múltiples riesgos, de ahí, que desde el Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional de los Estados Unidos, señalen a los hospitales como un centro de trabajo de alto riesgo para el desarrollo de SB (41).

Si a este hecho le sumamos que el hospital donde hemos realizado nuestro estudio es un centro de tercer nivel, el riesgo se multiplica. Esto es debido a que un centro de tercer nivel es un hospital que recibe las patologías más graves, no sólo de su población, sino también de la población de los hospitales de alrededor, ya que dispone de mayor número de recursos, tanto personales como estructurales. Suelen ser centros que cuentan con todas las especialidades médicas y quirúrgicas.

Hemos diferenciado tres subgrupos en nuestro estudio en base a su categoría profesional, siendo los tres fundamentales en el servicio de urgencias. En primer lugar, y con el número de participantes más alto, enfermería, que supone más del 40% de la muestra, y que se encarga principalmente del cuidado, tratamiento y organización de los pacientes en urgencias. En segundo lugar, los médicos adjuntos (30.6% del total) que se encargan del manejo de los pacientes más graves y de supervisar al tercer grupo, los residentes, el grupo con menos participación (27.8%), cuyo papel es resolver la mayoría de los pacientes, bien dándoles de alta tras ser diagnosticados o bien ingresándolos si cumplen ciertos criterios. El personal de enfermería puede verse afectado por una mayor carga de trabajo asistencial, con contacto más directo con los pacientes y familiares, además de un escaso reconocimiento laboral por parte del paciente y resto de profesionales sanitarios, como ocurre ocasionalmente.

Partiendo de la base de que los residentes tienen un contrato especial, ya que tiene la duración de todo el periodo de formación, el resto de la muestra muestra diferencias en la temporalidad de sus contratos. Hasta el 25% refiere tener un contrato temporal, mientras que el 33% ha firmado un contrato de duración indefinida. Esta situación, aunque no es similar a tener una plaza fija (que solo la tiene menos del 15% de la muestra), si que se puede considerar un contrato lo suficientemente estable.

Como hemos dicho previamente, el servicio de urgencias suele ser uno de los primeros sitios donde trabaja el personal de enfermería tras acabar la carrera. De igual forma, no es infrecuente que los médicos complementen su jornada laboral con guardias o turnos extra en los servicios de urgencias. Los residentes vuelven a ser un caso a parte, ya que durante su residencia, que dura entre 4 y 5 años, están obligados a realizar 2 ó 3 guardias al mes, de media, en urgencias. De los 36 profesionales encuestados, la mitad ha trabajado menos de 5 años, y la otra mitad, 5 años o más. En este apartado se pueden diferenciar dos grandes grupos de profesionales en urgencias, por un lado, los jóvenes que acaban de empezar su vida profesional, ya sea como enfermeros, residentes o médicos adjuntos, y por otro lado, “urgenciólogos fijos”, es decir, profesionales cuyo puesto de trabajo y carrera profesional está centrada en la actividad del servicio de urgencias, ya sea como personal de enfermería como médico de puerta de urgencias.

Como señalan Fonseca (42) y González-Cabrera (43) en sus estudios, el personal de urgencias y de guardias se encuentra expuesto a un mayor riesgo de SB, siendo mayor cuanto mayor es el número de guardias o de horas trabajadas en urgencias.

Sin embargo, las guardias son un aspecto fundamental en la formación de los residentes. Para algunos de ellos suponen una fuente de motivación, pero para otros solo les genera ansiedad anticipatoria y temor a fallar frente a pacientes críticos, como señalan algunos estudios (44,45). Este estudio (46) afirma que los médicos tienen un mayor grado de burnout por la responsabilidad en la toma de decisiones, con el estrés que ello supone.

Por otro lado, Ricard Navinés y cols (47) estudiaron multitud de publicaciones acerca del estrés laboral en residentes antes y durante la pandemia, y señalan como factores de riesgo más frecuentes el sexo femenino (para mayor cansancio emocional), el sexo masculino (para mayor despersonalización), las especialidades quirúrgicas, falta de horas de sueño, la sobrecarga laboral y la falta de conciliación del trabajo con la vida familiar. En cuanto a los factores protectores destacan la inteligencia emocional, la empatía y la posibilidad de desarrollar una carrera profesional.

Además, en los residentes, el número de horas suele ser mayor del habitual, debido a que se

encuentran en etapa formativa. Diversos estudios han determinado una asociación positiva entre un mayor puntaje MBI y cantidad de horas trabajadas (48,49).

Morata (50) afirma en un estudio realizado en profesionales sanitarios, que la falta de descansos durante la jornada laboral sumados a unos turnos excesivos en cuanto a duración y carga de trabajo, afectan negativamente a la salud del personal de enfermería.

A pesar de estar en primera línea frente al COVID-19, menos de un cuarto de los profesionales refiere haber padecido la enfermedad (22.2%). Ello se explica por el estricto cumplimiento de las normas intrahospitalarias, a pesar de que ello suponía un esfuerzo físico y psicológico todavía mayor, ya que una de las medidas adoptadas fue evitar el contacto social durante los periodos de descanso o las pausas para comer. Además, en todos los casos, la enfermedad se ha manifestado de forma leve, lo cual manifiesta un efecto positivo de las vacunas.

La pandemia COVID-19 ha confirmado que son necesarias actividades para hacer frente al estrés laboral. Estas actividades pueden ser sociales, deportivas, culturales, familiares. Cada persona elige la actividad que le ayuda a combatir esa rutina laboral de la mejor manera, o bien, aquella que le permite compaginar con su trabajo o situación personal. En nuestra muestra, más de la mitad (61%) elige el deporte como actividad antiestrés. El 80% han empezado alguna actividad con el objetivo de disminuir el estrés laboral. De ellas, las favoritas han sido actividades de ocio familiar, las actividades culturales y el deporte.

A parte de las actividades, uno de los prejuicios del estrés laboral es el desarrollo de vicios negativos para la salud, como el consumo diario de tabaco, alcohol y drogas. El 17% de los profesionales de nuestro estudio fuma ocasionalmente, mientras que el 11% lo hace de manera ocasional. En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas no tenemos datos.

Cuando el resto de medidas no es suficiente para combatir el estrés y la ansiedad patológica debido al trabajo, aparecen enfermedades mentales como ansiedad, depresión, e incluso, el desarrollo del Síndrome de burnout. En esta situación, suelen ser necesarios métodos alternativos a los mencionados, entre los cuales destaca la ayuda especializada, en forma de medicación o de tratamiento psicológico.

Las enfermedades mentales tienen una prevalencia de 10-11% en la población general, dato similar a nuestra muestra. En nuestro estudio, aproximadamente el 20% admite haberse apoyado en la terapia psicológica. Llama la atención que la mitad de ellos sean menores de 30 años. Esto desmiente la creencia de que los jóvenes no tienen preocupaciones o tienen mayor facilidad para evadirse de los problemas laborales con sus amigos o familia. La realidad es que en muchos casos se trata de chicos y chicas recién graduados que empiezan a trabajar en un servicio de urgencias abarrotado de pacientes, con pacientes graves de verdad, y situaciones reales de angustia. Una pequeña proporción (5.6%) llegó a necesitar medicación psiquiátrica para hacer frente a dicho estrés.

Está claro que el trabajo no para todo el mundo tiene la misma importancia. Hay personas para las que simplemente es su forma de ganarse la vida y poder tener ingresos, pero para otros, supone un reto personal diario y ocupa un lugar más alto en la pirámide de sus prioridades. Por ello, habrá personas que en las que su felicidad depende más del trabajo que en otras. De los profesionales encuestados, un poco más de la mitad (52.8%) afirma estar satisfecho con su puesto de trabajo. Llama la atención que al separar por categorías profesionales, los médicos y los residentes muestren porcentajes más elevados, mientras que enfermería no llega al 50%. Esto puede ser explicado por varios motivos, como la compensación económica y la compatibilidad con el trabajo fuera del hospital público, mientras que los residentes pueden tener un mayor apoyo colectivo entre ellos mismos para alcanzar esos porcentajes de satisfacción, sumado a la ilusión del inicio de la carrera profesional.

Este dato concuerda con los resultados de nuestro estudio, ya que los porcentajes más elevados en cuanto a satisfacción en el puesto de trabajo se refiere, se encuentran entre los profesionales que menos tiempo trabajado llevan. Sin embargo, a partir de los 5 años, la tasa de satisfacción ronda el 40%.

También es destacable que en el sexo masculino más del 80% refiere estar satisfecho con su trabajo, mientras que en el sexo femenino no llega al 50%. Como señala Zabar (51), los profesionales pueden trabajar con altos niveles de estrés si su trabajo les retroalimenta de manera positiva, para lo cual resultan fundamentales los factores protectores.

Según Panagioti et al (52) el agotamiento de los profesionales médicos se relaciona significativamente con un mayor riesgo de incidentes en la seguridad del paciente, así como peor calidad en la atención.

En relación a los datos acerca del Índice de Burnout de Maslach (MBI), la gran mayoría de los profesionales encuestados presentan Síndrome de burnout de grado moderado (91.6%), y el resto de grado severo (8.4%). En el estudio sobre el personal sanitario ecuatoriano (53), y otro en el personal sanitario peruano (54), la frecuencia de Síndrome de burnout fue del 90% y 93% respectivamente. En este mismo artículo (53) se afirma que el SBO afecta con mayor frecuencia al personal médico respecto al personal de enfermería, así como a las mujeres y a los más jóvenes.

Al estudiar los datos por categorías, la que presenta mayores cifras de grado severo es la despersonalización, cerca del 40%. El personal de enfermería presenta números más leves en esta categoría, al contrario de los residentes y médicos.

En la categoría de cansancio emocional, los residentes muestran una afectación mayor, presentando la mitad de ellos un grado severo. Estos datos son similares a otros estudios, (53,55) sobre el brote de COVID que demostraron que entre el 18% y 57% de los médicos presentaron angustia emocional en algún momento de la pandemia.

Por último, en cuanto a la sensación de baja realización personal, los datos generales son más optimistas, presentando menos del 30% una puntuación de grado severo. Aunque vuelven a ser los residentes los que peores datos nos ofrecen, como se muestra en las tablas de nuestros resultados.

En el estudio de Vinuesa y cols (51) estudiaron la prevalencia del Síndrome de burnout en hospitales de Ecuador durante la pandemia, y sus resultados son parecidos a los nuestros, pero incluso con mayores cifras de afectación severa. Más del 95% del personal médico y enfermero muestran SBO de grado moderado y severo. Este mismo estudio afirma que los médicos presentan mayor puntuación en el MBI que el personal de enfermería, y que no existen diferencias con respecto a la edad o el nivel de atención.

Igualmente, un estudio de 2015 en el personal de enfermería (56) no encuentra relación entre la probabilidad de sufrir SBO y el número de horas trabajadas en urgencias. En este estudio, el 45% de la muestra presenta un grado severo de cansancio emocional y despersonalización.

Según el grupo de Ricard Navinés (47) la prevalencia del SBO en los residentes se encuentra en torno al 50%, aunque este dato parece aumentar conforme avanza el tiempo a lo largo de la residencia. Por otro lado, el estudio de Maggi y cols (57) demuestra una prevalencia del 35.64% de SBO entre los trabajadores en el servicio de urgencias durante la pandemia de COVID-19.

Sin embargo, en otros estudios previos a la pandemia, la prevalencia del SBO es claramente inferior (10-15%), como señala este estudio de 2016 (58).

En otros estudios (13,46,59,60), se observan unos datos de SBO mucho menores comparados con el nuestro, ya que la mayoría tienen un SBO de grado leve, mientras que solo el porcentaje de SBO de grado severo es el doble de nuestro estudio (8.4 vs 16.7%).



7. CONCLUSIONES

El Síndrome de burnout es una realidad entre los profesionales sanitarios, cuya prevalencia ronda el 25% según la literatura. En nuestro estudio, según los datos de la Escala de Maslach, más del 90% de los profesionales encuestados se encuentra en un escalón moderado de burnout, mientras que el resto se encuentra en un grado de afectación severo.

El final de este proceso es la aparición de enfermedades mentales como ansiedad o síndrome depresivo, que puede llevar a necesitar ayuda psicológica para tratar la enfermedad.

La tasa de satisfacción profesional en el servicio de urgencias ronda el 50%, siendo la categoría de enfermería la que peores datos muestra.

En los servicios de urgencias hospitalarias, la mayoría del personal sanitario corresponde al sexo femenino, superando en nuestro estudio los dos tercios del total. Además, estos profesionales tan solo un poco más del 10% tienen un puesto fijo de trabajo, con la incertidumbre laboral y personal que ello conlleva.

Respecto a la enfermedad por COVID, menos del 25% ha padecido la enfermedad, lo cual supone un dato muy a favor de las medidas protectoras utilizadas en el servicio de urgencias, pues se trata de un puesto de trabajo con una exposición máxima.

Los métodos de afrontamiento frente al estrés laboral más frecuentes son el deporte, las actividades culturales y el ocio familiar. Sin embargo, aún hay personas que no tienen ninguna estrategia o actividad para evitar el agotamiento físico y psicológico del trabajo. Por ello, proponemos la creación de grupos de personas en el hospital que se reúnan de forma regular, para realizar algún tipo de actividad variada que ayude a liberar tensiones.

8. Agradecimientos

A mi familia y mi pareja, por estar ahí siempre.

A mi tutor, por guiarme y animarme.

A mis compañeros de trabajo, por vuestra participación, y sobre todo por ser un ejemplo de lucha y orgullo antes, durante y después de la pandemia.



9. Bibliografía

1. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. J Soc Issues. enero de 1974;30(1):159-65.
2. Maslach, C. and Jackson, S. E. Maslach Burnout Inventory: Manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 1981
3. Burke, R.J. Burnout in police work: An examination of the Chernis model. Group and Organization Studies. 1987. N°12, pp.174-188.
4. Pines, A., & Aronson, E. Career Burnout: Causes and Cures. New York: Free Press 1988.
5. Mingote, J.C.: Síndrome Burnout o Síndrome de Desgaste Profesional. Formación médica continuada (Versión electrónica) 1998. Vol. 5, n°8, pp. 493.
6. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. Annual Rev Psychol. 2001; 52 (1): 397-422.
7. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. 1ª ed. Madrid: Pirámide; 2005.
8. Garzás Cejudo EM, García Gómez-Caraballo DM. Síndrome de burnout. En: Organización, gestión y prevención de riesgos laborales en el medio sanitario. Jaén: Formación Alcalá; 2009. p. 405-421.
9. Leo CG, Sabina S, Tumolo MR, Bodini A, Ponzini G, Sabato E, et al. Burnout Among Healthcare Workers in the COVID 19 Era: A Review of the Existing Literature. Front public Heal [Internet]. 29 de octubre de 2021 [citado 3 de enero de 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34778184/>
10. Pascoe A, Paul E, Johnson D, Putland M, Willis K, Smallwood N. Differences in Coping Strategies and Help-Seeking Behaviours among Australian Junior and Senior Doctors during the COVID-19 Pandemic. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 16 de diciembre de 2021 [citado 3 de enero de 2022];18(24):13275. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34948889/>
11. Teo I, Chay J, Cheung YB, Sung SC, Tewani KG, Yeo LF, et al. Healthcare worker stress, anxiety and burnout during the COVID-19 pandemic in Singapore: A 6-month multi-centre prospective study. PLoS One [Internet]. 1 de octubre de 2021 [citado 3 de enero de 2022];16(10). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34679110/>
12. OMS World Heal Rep 2000 Heal Syst Improv Perform. 2000. Disponible en: <http://www.who.int/whr>.
13. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M BFE personal sanitario hispanoamericano y

- español (2007). RESP 2009;83(2).
14. OMS. Clasificación internacional de enfermedades. CIE-11. 2022.
 15. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o «burnout» (I): definición y proceso de generación.
 16. Alonso M. El desgaste profesional y la salud de nuestra sanidad. SEMERGEN 2008. 34(5):262-263.
 17. Portero S, Vaquero M, Javier A. Estrés laboral, burnout, satisfacción, afrontamiento y salud general del personal sanitario de urgencias. Universidad de Córdoba. Tesis doctoral. 2019. Disponible en: <https://www.uco.es/ucopress/index.php/es/>
 18. Martínez Pérez, Anabella. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. nº 112. 2010.
 19. Cibanal Juan L, Siles González J, et al. La relación de ayuda es vivificante, no quema. Cult los Cuid Rev Enfermería y Humanidades. 2001;(10):88-99.
 20. Mansilla Izquierdo F. Reseña de: «El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una Enfermedad Laboral en la Sociedad del Bienestar» de Pedro R. Gil-Monte. Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría. 2005;XXV(94):151-4.
 21. Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. Maslach Burnout Inventory: Third edition. 1997. In C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Eds.), Evaluating stress: A book of resources (pp. 191–218). Scarecrow Education.
 22. Maslach C, Jackson SE. MBI. Inventario Burnout de Maslasch. Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial. Manual. Madrid: TEA; 1997.
 23. Gil-Monte PR, Carretero N, Roldán MD, Núñez-Román EM. Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en monitores de taller para personas con discapacidad. Rev Psicol Trab Org. 2005; 21 (1-2): 107-123.
 24. Gil-Monte PR, Zuñiga-Caballero LC. Validez factorial del CESQT en una muestra de médicos mexicanos. Universitas Psychologica. 2010; 9 (1): 169-178.
 25. Marucco MA, Gil-Monte PR, Flamenco E. Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en pediatras de hospitales generales: estudio comparativo de la prevalencia medida con el MBI-HSS y el CESQT. Informació Psicológica. 2008; 92: 32-42.
 26. Bosle A, Gil-Monte PR. Psychometric properties of the Spanish Burnout Inventory in German professionals: Preliminary results. Ansiedad y Estrés. 2010; 16 (2-3): 283-291.
 27. Morán Astorga C. Estrés, burnout y mobbing. Recursos y estrategias de afrontamiento. 1ª ed. Salamanca: Amarú Ediciones; 2005.
 28. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. Int J Behav Med, 1997; 4 (1): 92-100.

29. Ramos, F. El Síndrome de Burnout. 1999 Madrid: Klinik SL.
30. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. En Seisdedos N, editor. Manual del Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del “quemado” por estrés laboral asistencial. Madrid: TEA Ediciones; 1997. p. 5-28. 413.
31. López R, Martín C, Fuentes C, García E, Ortega R, Cortés A, García J. Síndrome de burnout en el personal sanitario. Instrumentos de medida. Medicina Paliativa 2000;7(3):94–100.
32. Arias Gallegos, W., & Muñoz del Carpio Toia, A. Síndrome de burnout en personal de enfermería de Arequipa. 2016. Revista Cubana de Salud Pública, 42(4).
33. Pines, A. “Burnout: An Existential Perspective”, in W.B. Schaufeli, c. Maslach, & t. Marek (eds.). Professional burnout: recent developments in theory and research (pp.35-51). 1993. London: Taylor & Francis.
34. Meier, S. “Toward a theory of burnout”, en McReynolds, J. (Comp): Advances in psychology assessment. 1984. San Francisco: Jossey-Bass; 4.
35. Danet Danet A. Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. Med Clin (Barc) [Internet]. Mayo de 2021;156(9):449-58. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775320308253>
36. Peraza de Aparicio Cruz Xiomara. Salud laboral frente a la pandemia del COVID-19 en Ecuador. Medisur [Internet]. 2020 Jun [citado 2022 Mayo 31]; 18(3): 507-511. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X20200003005.
37. Ramírez M. R. , Otero P., Blanco V., Ontaneda M. P. , Díaz O, Vázquez F. L. Prevalencia y correlatos de agotamiento en profesionales de la salud en Ecuador. Psiquiatría integral 2018; 82: 73-83.
38. Tan BYQ, Chew NWS, Lee GKH, Jing M, Goh Y, Yeo LLL, et al. Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers in Singapore. Ann Intern Med [Internet]. 18 de agosto de 2020;173(4):317-20. Disponible en: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-1083>
39. Rajkumar RP. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. Asian J Psychiatr [Internet]. agosto de 2020;52:102066. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1876201820301775>
40. Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou X P. Encuesta de salud mental de 230 médicos en un hospital terciario de enfermedades infecciosas para COVID-19. Revista china de higiene industrial y enfermedades profesionales 2020; 38.

41. Gun RT, Mullan RJ, Brown D, Clapp D, Dubrow R, Gordon J, et al. Report of the DSHEFS Task Force on Hospital worker Health. U. S. Department of health and human services, 1985.
42. Fonseca M, Sanclemente G, Hernández C, Visiedo C, Bragulat E, Miró O. Residentes, guardias y síndrome de burnout. *Rev Clin Esp.* 2010;210:209.
43. González-Cabrera J, Fernández-Prada M, Molina-Ruano R, Blazquez A, Guillén-Solvas J, Peinado JM. Psychosocial risk at work, self-perceived stress, and salivary cortisol level in a sample of emergency physicians in Granada. *Emergencias.* 2012;24:101-6.
44. Kemper KJ, Schwartz A, Wilson PM, Mahan JD, Schubert CJ, Staples BB, et al. Burnout in Pediatric Residents: Three Years of National Survey Data. *Pediatrics* [Internet]. 1 de enero de 2020;145(1). Disponible en: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/145/1/e20191030/76886/Burnout-in-Pediatric-Residents-Three-Years-of>
45. O'Connor P, Lydon S, O'Dea A, Hehir L, Offiah G, Vellinga A, et al. A longitudinal and multicentre study of burnout and error in Irish junior doctors. *Postgrad Med J* [Internet]. noviembre de 2017;93(1105):660-4. Disponible en: <https://pmj.bmj.com/lookup/doi/10.1136/postgradmedj-2016-134626>
46. De Quirós-Aragón MB, Labrador-Encinas FJ. Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology.* 2007; 7(2):323-335.
47. Navinés R, Olivé V, Fonseca F, Martín-Santos R. Estrés laboral y burnout en los médicos residentes, antes y durante la pandemia por COVID-19: una puesta al día. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 13 de agosto de 2021 [citado 3 de enero de 2022];157(3):130-40. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-estres-laboral-burnout-medicos-residentes-S0025775321002074>
48. Lo D, Wu F, Chan M, Chu R, Li D. Una revisión sistemática del agotamiento entre los médicos en China: una perspectiva cultural. *Medicina familiar de Asia Pacífico* 2018; 17(1): 3.
49. Wang Z, Xie Z, Dai J, Zhang L, Huang Y, Chen B. Physician Burnout and Its Associated Factors: A Cross-sectional Study in Shanghai. *J Occup Health* [Internet]. 17 de enero de 2014;56(1):73-83. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1539/joh.13-0108-OA>
50. Morata MA, Ferrer V. Interacción entre estrés laboral, estrés psicológico y dolor lumbar: un estudio en profesionales sanitarios de traumatología y cuidados intensivos. *Mafre Medicina.* 2004; 15 (3); 49-58.

51. Zabar S, Hanley K, Horlick M, Cocks P, Altshuler L, Watsula-Morley A, et al. "I Cannot Take This Any More!": Preparing Interns to Identify and Help a Struggling Colleague. *J Gen Intern Med* [Internet]. 16 de mayo de 2019;34(5):773-7. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s11606-019-04886-y>
52. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C, et al. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction. *JAMA Intern Med* [Internet]. 1 de octubre de 2018;178(10):1317. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2698144>
53. Vinueza A.F; Renato N; Mera C et al. Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab*. Vol. 29(4):330-339.
54. Muñoz-del-Carpio Toya A, Arias Gallegos WL, Caycho-Rodríguez T. Síndrome de burnout en médicos de la ciudad de Arequipa (Perú). *Rev Chil Neuropsiquiatr* [Internet]. junio de 2019;57(2):139-48. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272019000200139&lng=en&nrm=iso&tlng=en
55. Shah K, Kamrai D, Mekala H, Mann B, Desai K, Patel RS. Focus on Mental Health During the Coronavirus (COVID-19) Pandemic: Applying Learnings from the Past Outbreaks. *Cureus* [Internet]. 25 de marzo de 2020; Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/29485-focus-on-mental-health-during-the-coronavirus-covid-19-pandemic-applying-learnings-from-the-past-outbreaks>
56. Bustillo-Guzmán M, Rojas-Meriño J, Sánchez-Camacho A, Sánchez-Puello L, Montalvo-Prieto A, Rojas-López M. Riesgo psicosocial en el personal de enfermería. Servicio de urgencias en hospital universitario de Cartagena. *Duazary* [Internet]. 15 de enero de 2015;12(1):32. Disponible en: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1396>
57. Valdivieso Maggi JA, Noroña Salcedo DR, Vega Falcón V. Síndrome de burnout en personal de atención a urgencias médicas durante la pandemia de covid-19. *Rev Investig Talent* [Internet]. 30 de junio de 2021 [citado 3 de enero de 2022];8(1):93-100. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/352222280_Sindrome_de_Burnout_en_personal_de_atencion_a_urgencias_medicas_durante_la_pandemia_de_COVID-19
58. Solís Chuquiyaury, Z; Zamudio Eslava, L; Matzumura Kasano, J; Gutiérrez Crespo, H. Relación entre clima organizacional y síndrome de burnout en el servicio de emergencia

de un hospital Categoría III-2. Lima, Perú 2015. Horizonte.

59. Lorenz VR, Benatti MCC, Sabino MO. Burnout y estrés en enfermeros de un hospital universitario de alta complejidad. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010. 18(6):1-9.
60. Grueso Alcántara, Francisco Javier; Arroyo Ruíz LM. El síndrome del burnout en profesionales sanitarios. *Ciber Rev*. 2016;48.



10. Anexos

Encuesta realizada para obtener datos epidemiográficos y cuestiones personales:

DESPISTAJE BURN OUT EN SANITARIOS 2022

Señale una opción de las siguientes:

1. Da su consentimiento para la utilización de los datos con un objetivo meramente estadístico y académico: Si / No
2. Sexo: Hombre / Mujer
3. Edad: Menor de 35 / 35-50 / Mayor de 50
4. Estado civil: En pareja / Separado / Soltero / Viudo
5. Práctica de ejercicio físico: Si / No
6. Consumo de tabaco diario: Si / No
7. Categoría laboral: Enfermería / Médico / Residente
8. Tipo de contrato: Fijo / indefinido / temporal / Residente
9. Años trabajados en Urgencias: 0-2 años / 2-5 años / Más de 5 años
10. Enfermedad relacionada con la salud mental previa: No / Hace menos de 5 años / Hace más de 5 años
11. ¿Ha enfermado por COVID-19? No / Leve o asintomática / Moderada / Grave
12. ¿Ha estado algún tiempo de baja como consecuencia de la alta carga de trabajo? No / semanas / meses
13. ¿Ha seguido realizando alguna actividad que le ayude a contrarrestar la alta carga de trabajo desde que empezó la pandemia?: deporte / fumar / beber / actividades culturales / yoga o meditación / planes familiares / otra:
14. ¿Ha realizado alguna NUEVA actividad que le ayude a contrarrestar la alta carga de trabajo desde que empezó la pandemia? deporte / fumar / beber / actividades culturales / yoga o meditación / planes familiares / otra:
15. ¿Ha requerido de ayuda especializada para hacer frente a su situación personal y/o laboral desde que empezó la pandemia?: No / Psicólogo / Solo psiquiatra / Psiquiatra con medicación
16. ¿Se encuentra satisfecho en tu trabajo? Si / A veces / No

Encuesta realizada para conocer el MBI:

ESCALA DE VALORACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT. MBI.

Puntúe del 0 al 6 con la frecuencia de las siguientes afirmaciones, siendo 0 "nunca" y 6 "diariamente".

- 1 Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo:
- 2 Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío:
- 3 Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado:
- 4 Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes:
- 5 Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales:
- 6 Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa:
- 7 Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes:
- 8 Siento que mi trabajo me está desgastando:
- 9 Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo:
- 10 Siento que me he hecho más duro con la gente:
- 11 Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente:
- 12 Me siento con mucha energía en mi trabajo:
- 13 Me siento frustrado en mi trabajo:
- 14 Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo:
- 15 Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes:
- 16 Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa:
- 17 Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes:
- 18 Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes:
- 19 Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo:
- 20 Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades:
- 21 Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada:
- 22 Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas: