

TRABAJO FIN DE MÁSTER EN PREVENCIÓN DE  
RIESGOS LABORALES

ANÁLISIS DEL  
BURNOUT ENTRE  
DISTINTOS NIVELES  
ASISTENCIALES  
SANITARIOS

Autora: Soledad Blasco Muñoz

Tutor: José María Roel Valdés

Director: Antonio Cardona Llorens

2016



Universidad Miguel Hernández

# ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

---



# ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

---

## Índice:

1. Resumen .....	3
2. Introducción .....	3
a. Perspectiva histórica.....	4
b. Concepto de Burnout.....	9
c. Epidemiología .....	10
d. Factores de riesgo para desarrollo de Burnout .....	11
e. Medida y Diagnóstico del Burnout .....	15
f. Consecuencias del Burnout .....	20
g. Marco Legal .....	23
3. Justificación.....	24
4. Objetivos .....	25
5. Cuerpo del proyecto aplicado o de investigación.....	25
a. Metodología .....	25
i. Ámbito de estudio. ....	25
ii. Periodo de estudio. ....	25
iii. Diseño. ....	25
iv. Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	26
v. Criterios de inclusión. ....	26
vi. Criterios de exclusión.....	26
b. Mediciones. ....	26
c. Resultados .....	30
d. Discusión.....	39
e. Limitaciones .....	40
6. Conclusiones .....	41
7. Referencias bibliográficas .....	42

# ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

---

## 1. Resumen

El Síndrome del Burnout o Síndrome de estar quemado por el trabajo es una de las principales patologías que padecen hoy en día los facultativos sanitarios. Existe una necesidad creciente de estudiar este síndrome, entendido como una patología que deriva del trabajo, debido al alto coste personal, social, laboral y económico que representa.

Este estudio tiene como objetivo conocer la prevalencia del síndrome de Burnout en un grupo de 39 médicos de distintos niveles asistenciales sanitarios como son Atención Primaria, Urgencias Hospitalarias y otro de Médicos Internos Residentes, de la misma zona básica de Salud.

Para ello se llevó a cabo un estudio epidemiológico observacional, descriptivo, de corte transversal, a través de la administración de 2 cuestionarios auto administrados y anónimos, validados para medir este síndrome.

La prevalencia del SQT en nuestra población a estudio fue del 20,51%, que distribuido entre los distintos niveles asistenciales sanitarios: 11,82% en Urgencias, 7,69% entre médicos Residentes y 2,56% en Atención Primaria. Nos encontramos con que el 5% de los encuestados presentaba niveles bajos en Ilusión por el trabajo, un 66% niveles altos de Desgaste Psíquico y un 28,20% niveles altos de Indolencia.

Como conclusión, la prevalencia del síndrome de Burnout en los profesionales sanitarios estudiados es baja. La dimensión de dicho síndrome que se encuentra más afectada es el Desgaste Psíquico.

## 2. Introducción

En los últimos años, viene existiendo un aumento de la conciencia en cuanto a la prevención de riesgos laborales, sobre todo ante la exposición a riesgos evidentes de accidente, como puede ser una caída, un atrapamiento, un corte, etc... Sin embargo, existe cierta tolerancia o falta de sensibilidad ante los riesgos psicosociales y los daños que estos pueden producir a la salud. Se tiende a percibir como implícito al puesto cualquier carga psíquica o riesgo psicosocial del trabajo.<sup>(1)</sup>

# ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

---

El Síndrome del Burnout es una patología derivada de la interacción del individuo con unas determinadas condiciones psicosociales nocivas de trabajo. El producto de dicha interacción se denomina “Síndrome de estar quemado por el trabajo (SQT)”. La necesidad de estudiar el SQT está asociada al derecho de protección de la salud que todo trabajador tiene cuando está insertado en una organización laboral. Uno de los elementos clave en el SQT es el trabajo emocional, es decir, la exigencia de expresar emociones socialmente deseables durante la transacción de los servicios. Otro de los intereses por el estudio del SQT son las consecuencias tanto en costes de servicio como económicos que se derivan de la afectación de profesionales por este síndrome. <sup>(1)</sup>

## a. Perspectiva histórica

El síndrome de Burnout fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida. Su definición no se encuentra en el DSM-V, ni en el CIE 10, que son los principales manuales de diagnóstico de enfermedades mentales y clasificación internacional de enfermedades usados en la práctica clínica; pero usualmente se describe como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal. El SQT es un síndrome complejo, que ha sido estudiado por muchos autores, entre los que existen ciertas diferencias conceptuales. <sup>(2)</sup>

Las primeras referencias al SQT se remontan a 1974 en Estados Unidos, cuando Herbert Freudenberger describió por primera vez este síndrome clínico, con el que explicaba el proceso de deterioro en la atención profesional y en los servicios que se prestaban en el ámbito educativo, social, sanitario, etc. Freudenberger lo definió 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*”. El síndrome se caracteriza por signos físicos, como agotamiento, fatiga, cefaleas, alteraciones gastrointestinales, insomnio y dificultad respiratoria; y por signos conductuales, como

## ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

---

irritación. Surgen también sentimientos de frustración y una actitud cínica que lleva a la persona a un comportamiento rígido e inflexible hacia los demás.<sup>(2,3)</sup>

Casi al mismo tiempo, en 1976 y desde California aparecen referencias al burnout por parte de Cristina Maslach, aparece el concepto de "*pérdida de responsabilidad profesional*", así, desde el ámbito psicosocial, describía el síndrome sin estigmatizar psiquiátricamente a la persona. Para ella este síndrome se podía dar exclusivamente en las profesiones de ayuda (por ejemplo, entre los sanitarios y educadores que prestan servicio al público). Son las excesivas demandas emocionales externas e internas imposibles de satisfacer las que producen la vivencia de fracaso personal, tras invertir al trabajo de una carga emocional excesiva.<sup>(1,2)</sup>

Para Maslach (1976) y Maslach y Pines (1977), es un "*síndrome de agotamiento físico y emocional que supone el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo, un pobre autoconcepto y la pérdida de interés por los clientes*", y aparece sobre todo en los profesionales de las organizaciones de servicio. Lo que está en línea con propuestas previas de Maslach quien a través de estudios sobre el burnout en diferentes profesionales como abogados, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, etc. indica que el burnout ocasiona baja moral en el trabajador lo que lleva al absentismo laboral. También señala que aparece con más frecuencia en personas que trabajan durante largas jornadas en contacto directo con el usuario del servicio.<sup>(1)</sup>

En 1986, Maslach y Jackson, definen el síndrome como "*un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas.*" En estos estudios, más que la influencia de las condiciones de trabajo, se destacaban las diferencias individuales y de la personalidad.<sup>(4)</sup>

Cherniss (1980) "*conceptualiza el SQT ligado al estrés laboral*". Lo ve como un proceso que requiere varias fases. La primera fase, fase de estrés, surge al darse un desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos del trabajador. La segunda fase, fase de agotamiento, se identifica por darse una serie de respuestas emocionales centradas sobre todo en la ansiedad, tensión, fatiga, preocupación y agotamiento. La tercera fase, fase de afrontamiento defensivo, es la última, en ella se da un cambio en las actitudes y comportamientos de la persona, con una tendencia hacia el cinismo.

## ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

---

Concretamente lo identifica como: un proceso que comienza con un excesivo y prolongado estrés laboral. Este estrés produce consecuencias en los trabajadores (sentimientos de tensión, irritabilidad y fatiga). El proceso es completado cuando los trabajadores afrontan defensivamente el estrés laboral produciéndose un distanciamiento de su trabajo, volviéndose apáticos, cínicos y rígidos.<sup>(5)</sup>

Por su parte, Edelwich y Brodsky (1980) lo presentan como una *“pérdida progresiva del idealismo, la energía y los propósitos o deseos de alcanzar los objetivos previamente fijados que se dan en los profesionales de ayuda y que son resultado de las condiciones de trabajo”*. Se da pues un proceso de desilusión hacia la actividad laboral.<sup>(5)</sup>

En 1988 Pines y Aronson proponen una definición más amplia, no restringida a las profesiones de ayuda: *“Es el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones con demandas emocionales”*. Las excesivas demandas psicológicas no se dan únicamente en el servicio directo al público, sino que pueden darse también en otros ámbitos laborales, como en puestos directivos, en el trabajo comercial, en la política, etc.<sup>(1,2)</sup>

En una línea similar, Perlman y Hartman (1982) consideran que el burnout *“es una respuesta a un estrés crónico emocional con tres componentes: el cansancio emocional y/o físico, el descenso de la productividad laboral y la despersonalización”*.<sup>(5)</sup>

Como otros autores, Farber (1983) lo identifica con el mundo laboral. Para este autor el burnout surge por la *“percepción que la persona tiene de la discrepancia que hay entre los esfuerzos realizados y lo conseguido”*. Es más frecuente en profesionales que tienen que relacionarse cara a cara con clientes o usuarios necesitados o problemáticos. Se da un agotamiento emocional; falta de energía; distanciamiento y cinismo hacia los clientes o usuarios; sentimientos de incompetencia; deterioro del autoconcepto profesional; y actitudes de rechazo hacia el trabajo. También se identifican síntomas como irritabilidad, ansiedad, tristeza y baja autoestima.<sup>(5)</sup>

Dentro de los autores que identifican el burnout como un proceso y no como un estado, se puede mencionar a Price y Murphy (1984), más concretamente lo identifican como

## ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

---

un “proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral”. Surgen sentimientos de culpa por la falta de éxito profesional, desgaste emocional, desorientación profesional, distanciamiento emocional y asilamiento.<sup>(6)</sup>

Brill, otro investigador de esta área, lo entiende como un “estado disfuncional relacionado con el trabajo en una persona que no padece otra alteración psicopatológica significativa”. Una vez que está afectado el trabajador, si no es con una intervención externa de cambio de las condiciones que han motivado esa alteración, de protección, de ayuda o mediante un reajuste laboral, no conseguirá recuperar su salud. El SQT no se da como consecuencia de un salario insuficiente, o de incompetencia por falta de conocimientos, o debido a las dificultades físicas, ni es consecuencia de cualquier trastorno mental existente. Lo que se deriva de estos aspectos no se debe interpretar como *burnout*. Brill considera que el desarrollo de SQT puede tener lugar en cualquier trabajo, y no sólo en los que existe un trato directo con el usuario receptor de los servicios laborales.<sup>(1)</sup>

Por otra parte, Leiter (1991) propone para el afrontamiento un papel importante en la comprensión del burnout. “Identifica el burnout en función del patrón de afrontamiento de la persona”. Sobre ésta actúan las demandas de la organización y los recursos que son exigidos.

Más recientemente, Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) describen el burnout como un “síndrome psicológico que ocurre en respuesta a estresores interpersonales crónicos en el trabajo”. Mantienen una visión multidimensional en tres dimensiones: agotamiento emocional (representa la dimensión básica del burnout, se refiere al agotamiento de los recursos físicos y emocionales de la persona que padece el síndrome); sentimientos de cinismo, despersonalización y desapego por el trabajo (representa la dimensión de contexto interpersonal del síndrome, se refiere a una respuesta negativa, insensible o excesivamente individualista ante diversos aspectos del trabajo); y la baja realización personal o sentimiento de ineficacia (representa la dimensión de autoevaluación del burnout, se refiere a sentimientos de incompetencia y falta de productividad en el trabajo).<sup>(7)</sup>

En nuestro país algunos de los investigadores en este campo han elaborado también algunas definiciones, como por ejemplo, Gil-Monte y Peiró (1997), quienes dentro de la

## ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

---

perspectiva psicosocial identifican en el SQT una “*respuesta al estrés laboral crónico, que aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suele emplear la persona*”. Se da, además, una experiencia subjetiva de sentimientos, cogniciones y actitudes que provocan alteraciones psicofisiológicas en la persona. En este síndrome indican que intervienen componentes cognitivo-aptitudinales, que representan la baja realización personal en el trabajo; componentes emocionales, que representan el agotamiento emocional; y componentes actitudinales, que representan la despersonalización. Se da en la persona una idea de fracaso profesional y actitudes negativas hacia las personas con las que trabaja.<sup>(5)</sup>

Más adelante, estos autores señalan que el SQT se puede concebir como una respuesta al estrés laboral crónico que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización, y cuyos síntomas más característicos son: pérdida de ilusión por el trabajo, agotamiento físico y emocional, actitudes negativas hacia los clientes de la organización y, en determinados casos, sentimientos de culpa.

También dentro de los investigadores nacionales, Ferrer (2002) identifica al síndrome de burnout como: “*una respuesta, inadecuada, al estrés laboral crónico*”. Aparece cuando fallan las estrategias de control y afrontamiento sobre la propia actividad, generando actitudes negativas hacia las personas con las que se trabaja (pacientes y compañeros) y hacia el propio rol profesional, con sensación de agotamiento desproporcionado. Para este autor el síndrome suele aparecer en organizaciones de servicio, y se caracteriza por un estrés crónico progresivo que aparece a lo largo de uno a tres años. Afirma también que suele generarse por elementos de carácter cualitativo y menos por la sobrecarga cuantitativa de trabajo, y que existe una alta motivación por su tarea entre las personas afectadas.<sup>(6)</sup>

Por otra parte, Mingote y Pérez (2003) identifican el síndrome de burnout como: la “*consecuencia de un fracaso adaptativo individual por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para el afrontamiento de las demandas que requiere el trabajo con personas*”. Se produciría un desbalance prolongado, habitualmente no reconocido y mal resuelto, entre unas demandas laborales excesivas, para unos limitados recursos de afrontamiento disponible. Para estos autores, el síndrome de desgaste profesional se caracteriza por una serie de factores como la presencia de síntomas disfóricos,

# ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

---

especialmente de agotamiento emocional, incluyéndose también la aparición de alteraciones conductuales (despersonalización en la relación con el enfermo) como evasividad, absentismo o conductas adictivas, y son frecuentes los síntomas físicos de estrés, como cansancio y malestar general. En este síndrome aparece también una inadaptación al trabajo con sentimientos de baja realización personal y disminución del rendimiento laboral, con desmotivación y desinterés.<sup>(5,6)</sup>

Como podemos ver, a lo largo de décadas de estudio han ido apareciendo múltiples definiciones de este síndrome, con algunos puntos en común.

## b. Concepto de Burnout

El síndrome de burnout o mejor denominado “Síndrome de estar quemado por el trabajo (SQT)”, se trata de un conjunto de síntomas y signos, que son consecuencia de la exposición a estresores laborales. Es preciso que en el desarrollo del trabajo se dé un intercambio relacional intenso y duradero del trabajador-cliente, trabajador-paciente o trabajador-usuario. Esta respuesta se caracteriza más en trabajos de “servicios humano” de ayuda. No obstante se ha identificado en otros profesionales como directivos, mandos intermedios, deportistas, etc...<sup>(1)</sup>

A pesar de su reconocimiento como un factor de riesgo laboral por parte de la OMS y su corriente diagnóstico por parte de médicos y profesionales de la salud mental, no aparece en los manuales internacionales de diagnóstico psicopatológico como el CIE-10 o el DSM-V como una patología con identidad propia. Sin embargo, la comunidad científica acepta conceptualmente el planteamiento empírico de la tridimensionalidad del síndrome (Maslach y Jackson, 1981), que se sintomatiza en cansancio emocional, despersonalización y reducida realización personal. Cabe destacar que los conceptos de estrés y burnout son constructos diferentes.<sup>(2)</sup>

Podemos decir que este síndrome se define como:

*"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 profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales*

# ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

*de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización."*

Se trata de una respuesta al estrés cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento (aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos individuales). Esto no implica situar el origen o la causa en un fallo en la estructura o en la funcionalidad psíquica del trabajador, sino que son esas demandas, emocionales fundamentalmente, las que sobrepasan la capacidad y "tolerancia" del trabajador a las mismas. En la "figura 1" se describe un modelo que ilustra el proceso de generación del SQT.<sup>(1)</sup>



Figura 1: "Modelo de proceso de SQT". Leiter, 1993

## c. Epidemiología

No existen datos precisos de prevalencia, respecto a la población general, de los colectivos de mayor riesgo. En relación al sexo, globalmente, los estudios no establecen claras diferencias significativas. En cuanto a la edad coinciden en que, por causas diversas, se dan más casos en el intervalo de 30 a 50 años.<sup>(4)</sup>

Respecto a variables como el estado civil, número de hijos, formación académica, puesto de trabajo, tipo de contrato, etc., no se han obtenido de momento diferencias significativas que determinen una tendencia. Los estudios se han centrado en colectivos

# ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

---

específicos como profesionales sanitarios, maestros, fuerzas de seguridad, servicios sociales, funcionarios de prisiones, etc. <sup>(1)</sup>

Algunas prospecciones sobre estos colectivos muestran unos porcentajes de prevalencia que oscilan del 10% al 50% de trabajadores afectados. No obstante el SQT no es exclusivo de estas profesiones, existen estudios en vendedores, ingenieros y técnicos, deportistas, supervisores, directores, secretarios, etc., incluso existen estudios en profesiones que no son del sector servicios. Estos datos son meramente orientativos y proceden fundamentalmente de estudios sobre colectivos específicos realizados en otros países. Las cifras indican que el problema presenta una cierta magnitud. Esta realidad conlleva, sin duda, consecuencias nocivas sobre la salud laboral, tanto a nivel individual como organizativo. <sup>(1)</sup>

En España, la prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales sanitarios es del 14,9%. <sup>(10)</sup>

La presencia del SQT entre los profesionales sanitarios ha sido estudiada sobre todo en el ámbito de la Atención Primaria en muy pocas ocasiones se ha tomado como referencia a los profesionales sanitarios que trabajan en Servicios de Urgencias hospitalarios. <sup>(2, 8,9)</sup>

Existen algunos estudios sobre la prevalencia del SQT entre médicos internos residente, siendo los resultados de altas tasas de prevalencia entre aquellos que realizan guardias de Urgencias. <sup>(11)</sup>

## **d. Factores de riesgo para desarrollo de Burnout**

El origen del síndrome reside en el entorno laboral y en las condiciones de trabajo. Si bien, como es lógico, dependiendo de algunas variables de personalidad, sociodemográficas individuales o de entorno personal, pueden darse evoluciones diferentes en el desarrollo del SQT. En las investigaciones se han evidenciado múltiples causas del síndrome. Estos desencadenantes son aquellas demandas nocivas, cualitativa o cuantitativamente, que impactan sobre el trabajador, independientemente de las características individuales de la persona. Por otra parte, hay que tener en cuenta

## ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

---

dos elementos asociados a la hora de gestionar el riesgo: las características individuales y los cambios supra-organizativos que se producen. <sup>(1)</sup>

En la figura 2 se explican los grupos de estresores susceptibles de desencadenar el SQT y en la figura 3 los elementos asociados a la hora de gestionar el riesgo.



# ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

## 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, "burocracia profesionalizada"
- Falta de participación de los trabajadores
- Falta de coordinación entre las unidades
- Falta de formación práctica a los trabajadores en nuevas tecnologías
- Falta de refuerzo o recompensa
- Falta de desarrollo profesional
- Relaciones conflictivas en la organización
- Estilo de dirección inadecuado
- Desigualdad percibida en la gestión de los RRHH

## FACTORES DE RIESGO RELATIVOS AL DISEÑO DEL PUESTO DE TRABAJO

- Sobrecarga de trabajo, exigencias emocionales en la interacción con el cliente
- Descompensación entre responsabilidad y autonomía
- Falta de tiempo para la atención del usuario (paciente, cliente, subordinado, etc.)
- Disfunciones de rol: conflicto-ambigüedad- sobrecarga de rol
- Carga emocional excesiva
- Falta de control de los resultados de la tarea
- Falta de apoyo social
- Tareas inacabadas que no tienen fin
- Poca autonomía decisional
- Estresores económicos
- Insatisfacción en el trabajo

## FACTORES DE RIESGO RELATIVOS A LAS RELACIONES INTERPERSONALES

- Trato con usuarios difíciles o problemáticos
- Relaciones conflictivas con clientes
- Negativa dinámica de trabajo
- Relaciones tensas, competitivas, con conflictos entre compañeros y con usuarios
- Falta de apoyo social
- Falta de colaboración entre compañeros en tareas complementarias
- Proceso de contagio social del SQT
- Ausencia de reciprocidad en los intercambios sociales

**Figura 2. Grupos de estresores susceptibles de desencadenar el SQT**

# ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

CARACTERÍSTICAS PERSONALES	CAMBIOS SUPRAORGANIZATIVOS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Alta motivación para la ayuda: grado de altruismo</li><li>• Alto grado de idealismo</li><li>• Alto grado de empatía</li><li>• Elevado grado de perfeccionismo</li><li>• Constancia en la acción</li><li>• Baja autoestima</li><li>• Reducidas habilidades sociales</li><li>• Tendencia a la sobre implicación emocional</li><li>• Patrón de conducta de tipo A</li><li>• Locus de control externo</li><li>• Baja autoeficacia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cambios tecnológicos que implican un aumento de las demandas cuantitativas y cualitativas en el servicio a la población usuaria</li><li>• Cambios en la concepción del trabajo: el trabajo emocional</li><li>• Aparición de situaciones que impliquen pérdida de estatus o prestigio</li><li>• Aparición de nuevas leyes que impliquen cambios estatutarios y de ejercicio de la profesión</li><li>• Cambios en la cultura de la población usuaria, "la sociedad de la queja"</li><li>• Cambios en los programas de servicio</li><li>• Cambios en los procedimientos, tareas o funciones del trabajo</li><li>• Cambios en los perfiles demográficos de la población usuaria y que requiere de un cambio de roles</li></ul>

Figura 3. Elementos asociados a la hora de gestionar el riesgo

Integrando los diversos estudios que describen la transición por etapas del SQT, se pueden destacar cinco fases en el desarrollo del síndrome <sup>(1)</sup>:

## 1. Fase inicial, de entusiasmo

Se experimenta, ante el nuevo puesto de trabajo, entusiasmo, gran energía y se dan expectativas positivas. No importa alargar la jornada laboral.

## 2. Fase de estancamiento

No se cumplen las expectativas profesionales. Se empiezan a valorar las contraprestaciones del trabajo, percibiendo que la relación entre el esfuerzo y la recompensa no es equilibrada. En esta fase tiene lugar un desequilibrio entre las demandas y los recursos (estrés); por tanto,

# ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

---

definitoria de un problema de estrés psicosocial. El profesional se siente incapaz para dar una respuesta eficaz.

### 3. Fase de frustración

Se puede describir una tercera fase en la que la frustración, desilusión o desmoralización hace presencia en el individuo. El trabajo carece de sentido, cualquier cosa irrita y provoca conflictos en el grupo de trabajo. La salud puede empezar a fallar y aparecer problemas emocionales, fisiológicos y conductuales.

### 4. Fase de apatía

En la cuarta fase se suceden una serie de cambios actitudinales y conductuales (afrontamiento defensivo) como la tendencia a tratar a los clientes de forma distanciada y mecánica, la anteposición cínica de la satisfacción de las propias necesidades al mejor servicio al cliente y por un afrontamiento defensivo-evitativo de las tareas estresantes y de retirada personal. Estos son mecanismos de defensa de los individuos.

### 5. Fase de quemado

Colapso emocional y cognitivo, fundamentalmente, con importantes consecuencias para la salud. Además, puede obligar al trabajador a dejar el empleo y arrastrarle a una vida profesional de frustración e insatisfacción.

## e. Medida y Diagnóstico del Burnout

Desde la aparición de los primeros estudios sobre el SQT sobre los años setenta hasta la actualidad, son numerosos los autores que han tratado de definir este síndrome, así como de establecer unos criterios de evaluación para poder realizar un diagnóstico del mismo.

## ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

Los instrumentos más utilizados como estimación de la presencia de la patología han sido los cuestionarios (figura 4), en detrimento de otras técnicas como la entrevista estructurada, técnicas proyectivas, la observación clínica, etc...<sup>(12)</sup>

Maslach Burnout Inventory (MBI) por Maslach Y Jackson (1981)
Tedium Measure (TM) De Pines, Aronson Y Kafry (1981)
Staff Burnout Scale (SBS), De Jones (1980)
Indicadores De Burnout, Gillespie (1979 Y 1980)
Mener-Luck Burnout Scale (ELBOS)
Burnout Scale (BS), De Kremer Y Hofman (1985)
Teacher Burnout Scale, De Seidman Y Zager (1986)
Energy Depletion Index (EDI), De Garden (1987)
Matthews Burnout Scale For Employees (MBSE), De Matthews (1990)
Escala De Variables Predictoras Del Burnout (EVPB), De Aveni Y Albani (1992)
Escala De Efectos Psíquicos Del Burnout (EPB), De García Izquierdo (1990)
Cuestionario De Burnout Del Profesorado (CBP), De Moreno Y Oliver (1993)
Holland Burnout Assessment Survey (HBAS), De Holland Y Michael (1993)
Rome Burnout Inventory (RBI), De Venturi, Rizzo, Porcus Y Pancheri (1994)
Escala De Burnout De Directores De Colegio, De Friedman (1995)
Cuestionario Para La Evaluación Del Síndrome De Estar Quemado Por El Trabajo En Profesionales De La Salud (CESQT PS), De Pedro Gil Monte (2005)

**Figura 4. Herramientas de estimación psicométrica del SQT**

Fue a partir de la publicación en el año 1981 del *Maslach Burnout Inventory (MBI)* por Maslach y Jackson cuando se establecen unos criterios de evaluación de dicho síndrome

## ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

---

y se extiende el uso de un instrumento de medida estandarizado para la evaluación del mismo. No obstante, desde esta primera época hasta la actualidad, el estudio del burnout ha pasado por distintas etapas.

El Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (Maslach y Jackson 1981, Maslach y Jackson 1986) es un instrumento conformado por 22 ítems que se valoran con una escala de frecuencia de siete grados. Este inventario se divide en tres subescalas que miden tres factores ortogonales cada una, denominados: *agotamiento emocional* (Emocional exhaustion), (9 ítems); *despersonalización* (Depersonalization), (5 ítems); y, *realización personal en el trabajo* (Personal accomplishment), (8 ítems), obteniéndose en ellas una puntuación estimada como baja, media o alta, dependiendo de las diversas puntuaciones de corte determinadas por las autoras para cada profesión en específico, tomando como criterio de corte el percentil 33 y el 66.<sup>(13,14)</sup>

En la última edición del manual (Maslach et al. 1996) se presentan tres versiones del MBI. En primer lugar encontramos el MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), dirigido a los profesionales de la salud. Este instrumento es la versión clásica del MBI (Maslach y Jackson 1981). Está constituido por 22 ítems que se distribuyen en 3 escalas para evaluar la frecuencia con que los profesionales perciben *baja realización personal en el trabajo* (8 ítems) (v. g., Me siento acabado); *agotamiento emocional* (9 ítems) (v. g., Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo); y, *despersonalización* (5 ítems) (v. g., Realmente no me preocupa lo que les ocurre a mis pacientes). Luego encontramos el MBI-Educators (MBI-ES), que es la versión para profesionales de la educación (Schwab 1986). Esta versión cambia la palabra paciente por alumno, reproduce la misma estructura factorial del MBI-HSS, y mantiene el nombre de las escalas. Y, finalmente, el MBI-General Survey (MBI-GS) (Schaufeli et al. 1996). Una nueva versión del MBI, que presenta un carácter más genérico, no exclusivo para profesionales cuyo objeto de trabajo son los servicios humanos. Aunque se mantiene la estructura tridimensional del MBI, sólo contiene 16 ítems y las dimensiones se denominan *eficacia personal* (6 ítems) (v. g., Me siento realizado cuando llevo a cabo algo en mi trabajo), *agotamiento* (5 ítems) (v. g., Trabajar todo el día realmente es estresante para mí), y *cinismo* (5 ítems) (v. g., He ido perdiendo el entusiasmo en mi trabajo).<sup>(13,14)</sup>

## ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

---

El MBI es el instrumento que más aceptación ha tenido en el campo de la medición del SQT, obteniendo apoyo empírico en amplias muestras de diversas naturalezas en cuanto a características ocupacionales (Kokkinos 2006; Schaufeli 2000). Desde esta perspectiva el MBI es el instrumento que más ha aportado a la conceptualización del síndrome, obteniendo valores aceptables respecto de su validez (Halbesleben y Buckley, 2004). Sin embargo, el MBI no ha estado exento de problemas psicométricos, lo que ha impedido su consolidación futura, manifestando algunas debilidades, especialmente fuera del entorno anglosajón. Por ello es de destacar la necesidad desarrollar mayor investigación sobre esta problemática (Worley et al. 2009), y/o crear nuevos instrumentos capaces de dar mejores respuestas y soluciones a esta compleja problemática actual, que logren abrir diferentes caminos de desarrollo en la comprensión del síndrome, y que den luces de su efectiva intervención.<sup>(13)</sup>

En esta línea se han desarrollado hasta la actualidad diversos aportes científicos en el estudio psicométrico del SQT como una alternativa de medición al MBI. Es el caso del Copenhagen BurnoutInventory (CBI) (Kristensen et al. 2005), Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) (Demerouti 1999; Demerouti et al. 2003), etc. En el mundo de habla hispana cabe destacar la elaboración del “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (CESQT) (Gil-Monte 2005; Gil-Monte 2007; Gil-Monte et al. 2006). Este instrumento se caracteriza por incluir la Culpa como una variable psicosocial a considerar en la evaluación del SQT, que permite diferenciar dos perfiles en el desarrollo del síndrome que identifican a individuos con diferentes niveles de afectación. El instrumento ha sido validado en diferentes países (España, Portugal, México, Argentina, Chile), y en colectivos ocupacionales diferentes (maestros, enfermeras, personal de cajas de compensación), pero otros estudios deben contribuir a su validación transcultural para conseguir un instrumento ampliamente válido y fiable para la realización de estudios en Latinoamérica y en el resto del mundo.<sup>(13)</sup>

El CESQT es un cuestionario para la evaluación del SQT entendido como una respuesta al estrés laboral crónico que se origina en los profesionales dedicados a los servicios (profesionales de la enfermería, médicos, maestros, etc.). En concreto, la prueba evalúa las cogniciones, emociones y actitudes que tiene la persona en relación con sus experiencias laborales. Presenta dos versiones distintas: la versión principal (CESQT), que se aplica a los trabajadores que realizan su actividad laboral atendiendo a personas

# ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

---

(psicólogos/as, profesoras/es, médicos/as, enfermeras/as...); y la versión “Desencanto Profesional” (CESQTDP), que se administra a aquellos trabajadores que no trabajan en contacto directo con personas.<sup>(15)</sup>

La versión principal (CESQT) está compuesta por 20 ítems distribuidos en 4 subescalas (Ilusión por el trabajo, Desgaste psíquico, Indolencia, y Culpa). Las tres primeras permiten generar una puntuación global. La escala Culpa permite diferenciar dos perfiles (con culpa y sin culpa) que se considera dan lugar a consecuencias distintas. La versión CESQT-DP también está compuesta por 20 ítems, y únicamente difiere respecto a la versión principal en que la subescala “Indolencia” (que evalúa las actitudes negativas hacia los receptores del servicio) se sustituye por la subescala “Desencanto Profesional” (que evalúa la indiferencia hacia los problemas de la organización). Todos los ítems se valoran mediante una escala Likert en formato de respuesta de 5 puntos (de 0=nunca a 4=todos los días, muy frecuentemente). A continuación se describen las 4 subescalas que componen la versión principal (CESQT), así como la escala global que permite obtener:

**1) Ilusión por el trabajo (It):** Deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque suponen una fuente de satisfacción personal. El individuo percibe su trabajo como atractivo y alcanzar las metas profesionales es una fuente de realización personal. Incluye un componente de autoeficacia profesional. Los 5 los ítems son positivos por lo que bajas puntuaciones en It indican alto SQT.

**2) Desgaste psíquico (Dp):** Los 4 ítems miden la presencia de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas. Altas puntuaciones indican alto nivel de desgaste psíquico, de agotamiento emocional y físico.

**3) Indolencia (In):** Los 6 ítems evalúan la presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización (pacientes, alumnos...). Aquellos que puntúan alto muestran insensibilidad y no se conmueven ante los problemas de los clientes. En la versión CESQT-DP, esta subescala se sustituye por la subescala Desencanto profesional, también formada por 6 ítems, que evalúa la indiferencia hacia los problemas de la organización.

## ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

---

**4) Culpa (C):** Los 5 ítems informan sobre los sentimientos de culpa que la persona tiene por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo, en especial hacia las personas con las que se establecen relaciones laborales.

5) SQT Total: Resultado de promediar las puntuaciones en los 15 ítems que conforman el síndrome a partir de las escalas It, Dp, e In. La puntuación en culpa no contribuye a la puntuación total en el SQT.<sup>(15)</sup>

### f. Consecuencias del Burnout

El SQT es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado por la relación profesional-cliente y por la relación profesional-organización. Aparece un deterioro cognitivo (frustración y desencanto profesional), afectivo (desgaste emocional y, en algunos casos, culpa) y actitudinal (cinismo, indolencia e indiferencia frente a clientes o frente a la organización) en el trabajador. Se han descrito desde el plano individual más de 100 síntomas relacionados con el SQT que afectan a las emociones y los afectos, a las cogniciones, a las actitudes, a las conductas y al sistema fisiológico. Algunos síntomas, al hacerse crónicos se intensifican y degeneran hacia procesos más graves, si no se corrige la situación.

Esta respuesta surge cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suelen emplear los profesionales. Supone para el trabajador una sensación de fracaso profesional y de fracaso en las relaciones interpersonales con los usuarios. En esta situación, la respuesta desarrollada está constituida por sentimientos de baja realización personal en el trabajo y de agotamiento emocional. Ante esos sentimientos, el individuo genera actitudes y conductas de despersonalización como una nueva forma de afrontamiento. Así, el síndrome de quemarse por el trabajo es un paso intermedio en la relación estrés-consecuencias del estrés, de forma que, si perdura en el tiempo, el estrés laboral tendrá consecuencias nocivas para el individuo en forma de enfermedad o falta de salud, con alteraciones psicosomáticas (alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis y úlcera, dificultad para dormir, mareos y vértigos, etc.), y también para la organización (accidentes, deterioro del rendimiento y de la calidad asistencial o de servicios, absentismo, rotación no deseada, abandono, etc.).<sup>(12)</sup>

# ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

En la figura 5. se resumen los principales síntomas del SQT.

## PARA EL TRABAJADOR

- **Psicosomáticos:**
  - Cansancio
  - Malestar general
  - Fatiga crónica
  - Alteraciones funcionales en casi todos los sistemas del organismo (cardiorrespiratorio, digestivo, reproductor, nervioso, etc.)
  - Síntomas como dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, molestias y dolores musculares, hipertensión, crisis de asma, etc.
- **Conductuales:**
  - Conducta despersonalizada
  - Absentismo laboral
  - Consumo de drogas y otros tipos de sustancias (café, tabaco, alcohol, etc.),
  - Cambios bruscos de humor
  - Incapacidad de concentración
  - Superficialidad en el contacto con los demás
  - Conductas hiperactivas y agresivas.
- **Emocionales:**
  - Agotamiento emocional

## PARA LA ORGANIZACIÓN

- Deterioro de la comunicación y de las relaciones interpersonales (indiferencia o frialdad con las personas con las que trabaja)
- Disminuye la capacidad de trabajo, el compromiso, bajan el rendimiento y la eficacia.
- Mayor absentismo y desmotivación.
- Resulta muy afectada la calidad de los servicios que se presta a los clientes
- Surgen sentimientos de desesperación e indiferencia frente al trabajo
- Aumento de quejas de usuarios o clientes, etc.

## ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

---

- Síntomas disfóricos
- Distanciamiento afectivo
- Ansiedad
- Culpabilidad, impaciencia e irritabilidad
- Baja tolerancia a la frustración, sentimiento de soledad, alienación, impotencia, desorientación, aburrimiento.
  
- **Actitudinales:**
  - Actitudes de desconfianza
  - Apatía
  - Cinismo e ironía
  - Hostilidad
  - Susplicacia
  
- **Sociales y de relaciones interpersonales:**
  - Actitudes negativas hacia la vida en general
  - Disminuye la calidad de vida personal,
  - Aumento de los problemas de pareja, familiares y en la red social extra laboral del sujeto

**Figura 5. Síntomas principales del SQT**

En la persona se produce un deterioro cognitivo, que consiste en la aparición de la frustración y el desencanto profesional, en una crisis de la capacidad percibida por el desempeño de la actividad profesional y en una crisis existencial. El deterioro afectivo se caracteriza por el desgaste emocional y en algunos casos se acompaña por

## ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

---

sentimientos de culpa. El deterioro actitudinal cursa con actitudes de cinismo, indolencia e indiferencia con los clientes y con la propia organización. Estas consecuencias, el trabajador puede vivirlas "agrediendo a sí mismo" (culpa) por tratar así a los usuarios, compañeros, etc., o bien puede justificar esas actitudes negativas e ir sosteniéndose en esa situación sin generar un daño mayor a su salud, pero deteriorando la calidad de servicio notablemente.<sup>(2, 12)</sup>

Así, las principales consecuencias emocionales tienen que ver con la sintomatología ansioso-depresiva, con una propensión a los sentimientos de culpa y con respuestas hostiles alimentadas por frecuente irritabilidad y actitudes negativas hacia la vida. Desde el punto de vista clínico el SQT es un proceso que se acaba manifestando como una enfermedad incapacitante para el ejercicio de la actividad laboral cuando se presenta en toda su magnitud.

### g. Marco Legal

En España, la actual Ley de Prevención de Riesgos Laborales (B.O.E. 10-11-1995), al reconocer la organización y la ordenación del trabajo como condiciones de trabajo susceptibles de producir riesgos laborales, incorpora la necesidad de diagnosticar y prevenir los riesgos psicosociales con el objetivo de erradicarlos y ofrecer entornos laborales más saludables.

Dentro de los riesgos laborales de carácter psicosocial, el estrés laboral y el síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) ocupan un lugar destacado, pues son una de las principales consecuencias de unas condiciones de trabajo nocivas, fuente asimismo de accidentalidad y absentismo.<sup>(12)</sup>

Ya una sentencia del Tribunal Supremo (26 de octubre del 2000), ratificando la sentencia de 2 de noviembre de 1999 dictada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Autónoma del País Vasco, respalda legalmente como accidente de trabajo la patología del síndrome de quemarse por el trabajo (en el caso referido, causante de periodos de incapacidad temporal). El especialista del centro de salud, en este caso, diagnosticó al trabajador un "*síndrome de desgaste personal o de burnout, que describe como un trastorno adaptativo crónico con ansiedad como*

# ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

---

*resultado de la interacción del trabajo o situación laboral en sus características personales".*

A partir de esta sentencia se han originado otras que se han pronunciado en el mismo sentido y que se han considerado igualmente accidente de trabajo el SQT. También se ha reconocido a los trabajadores de centros de atención con personas con discapacidad a cobrar un plus de peligrosidad por estar expuestos a condiciones de trabajo susceptibles de originar el SQT (Juzgado de lo Social N°- 1 de Vigo, procedimiento 24/1999; Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Galicia, recurso N°- 5302/2001). La OIT (2001) reconoce que el estrés y el agotamiento son problemas de salud mental en el medio ambiente de trabajo y que el SQT es un efecto crónico del estrés laboral sobre la salud de dimensiones similares a otros trastornos mentales (Maslach, 2001). También, en el entorno de expertos del tema, hay un alto grado de acuerdo en considerar el SQT como una enfermedad profesional resultante del estrés laboral.<sup>(12)</sup>

### 3. Justificación

La necesidad de estudiar el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) entendido como una patología derivada del trabajo, va unido a la necesidad de estudiar el estrés laboral como precursor del deterioro de la salud mental y física del trabajador debido al alto coste personal, social, laboral y económico que representa.

Por este motivo, parece interesante estudiar la situación actual en cuanto a la prevalencia de este síndrome en personal sanitario de una zona básica de salud, como paso previo a la prevención y/o intervención de las consecuencias derivadas del SQT.

# ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

---

## 4. Objetivos

Estimar la prevalencia del síndrome de Burnout en un grupo de 39 médicos de distintos niveles asistenciales sanitarios como son Atención Primaria, Urgencias Hospitalarias y otro de Médicos Internos Residentes, de la misma zona básica de Salud.

## 5. Cuerpo del proyecto aplicado o de investigación

### a. Metodología

#### i. **Ámbito de estudio.**

Centro de Salud Cartagena Oeste y Servicio Urgencias del Hospital Universitario Santa Lucía, del área II de Salud de la Región de Murcia.

#### ii. **Periodo de estudio.**

Periodo comprendido entre el 29 de Febrero de 2016 y el 20 de Mayo de 2016.

#### iii. **Diseño.**

Se trata de un estudio epidemiológico observacional, descriptivo, de corte transversal, cuya población de estudio son un grupo de profesionales sanitarios de la misma categoría (médicos), de distintos niveles asistenciales como son Urgencias Hospitalarias y Atención Primaria.

La población a estudio son un total de 30 Médicos: 13 médicos del Centro de Salud Cartagena Oeste; 13 Médicos Internos Residentes que trabajan tanto en Atención Primaria como realizando guardias en el Servicio de Urgencias hospitalaria del Hospital Universitario Santa Lucía y 13 médicos del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Santa Lucía.

# ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

---

## **iv. Estrategia de búsqueda bibliográfica.**

Para la búsqueda bibliográfica se han utilizado las bases de datos de PubMed, MEDLINE, Cochrane y Uptodate; y se ha accedido a las plataformas electrónicas de MurciaSalud y Elsevier a través de las cuales se ha tenido acceso a múltiples artículos relacionados con este tema. Para la búsqueda, se han usado algunos de los siguientes descriptores: “Burnout, Professional” [DeCS], “Primary Health Care” [DeCS], “Emergency Medical Services” [DeCS], Occupational Diseases [MesH], Primary Health Care [MesH], Emergency Medicine [MesH].

## **v. Criterios de inclusión.**

- Ser profesional Médico o Residente De Medicina de Atención Primaria o de Servicio de Urgencias Hospitalario.
- Llevar más de un año trabajando en el Sector.
- Aceptación libre para participar en el estudio.

## **vi. Criterios de exclusión.**

- Pertener a otra categoría profesional.
- Tener menos de un año trabajado en el sector.

## **b. Mediciones.**

Los datos se recogieron mediante 3 cuestionarios auto-cumplimentados y anónimos, el primero recoge variables sociodemográficas y laborales, el segundo con el “Maslach Burnout Inventory” (MBI) y el tercero con el Cuestionario Para La Evaluación Del Síndrome De Estar Quemado Por El Trabajo (CESQT), recogidos en el Anexo I.

# ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

---

En las variables sociodemográficas y laborales se recogieron:

- Edad en años.
- Sexo: si es hombre o mujer.
- Estado Civil: casado o pareja de hecho, soltero, divorciado, viudo.
- Hijos: número total de hijos.
- Centro al que pertenece: centro de salud u hospital.
- Años de experiencia profesional en el ámbito de la Medicina.
- Situación Laboral: Contrato Residente, Plaza en Propiedad/ Fijo, Interino/ Vacante, Eventual /Refuerzo, Comisión de Servicios.
- Relación con los compañeros de trabajo: muy buena, buena, regular, mala, muy mala.
- Se realizó una pregunta en cuanto al puesto de trabajo, si pudiera elegir: continuar en su centro, cambiar a otro centro, cambiar de especialidad médica, me dedicaría a otra profesión no sanitaria.
- Por último se realizó la pregunta "¿cree usted que la sociedad valora su profesión?": sí o no

El Maslach Burnout Inventory es el instrumento utilizado con mayor frecuencia para evaluar el Burnout o Síndrome de Quemarse por el Trabajo. Fue elaborado por la psicóloga Cristina Maslach en 1981 y hoy en día es una herramienta útil y validada por distintas investigaciones que permite estudiar y conocer los factores desencadenantes del estrés laboral, estando demostrada la alta evidencia de validez concurrente del test. Se utilizó en su versión validada y traducida al castellano por Gil-Monte y Peiró (1999), que ha sido utilizada en numerosos estudios en España y consta de 22 ítems valorados con una escala de Likert que el sujeto tiene que responder, según la frecuencia de vivencia de los sentimientos expresados, desde "nunca" (0), "alguna vez al año o menos" (1), "una vez al mes o menos" (2), "algunas veces al mes" (3), "una vez a la semana" (4), "varias veces a la semana" (5), a "todos los días" (6), y contiene las siguientes subescalas: cansancio emocional (CE), despersonalización (DE) y baja realización personal en el trabajo (RP).

# ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

Los puntos de corte utilizados fueron los obtenidos en una muestra normativa general española, y se encuentran en la tabla 1:

	NIVEL DE DESGASTE PROFESIONAL		
	Bajo	Medio	Alto
<b>Cansancio emocional (CE)</b>	$\leq 18$	19 - 26	$\geq 27$
<b>Despersonalización (DP)</b>	$\leq 5$	6 - 9	$\geq 10$
<b>Realización personal (RP)</b>	$\geq 40$	34 - 39	$\leq 33$

**Tabla 1. Puntos de corte para el Síndrome del Burnout**

- **Cansancio emocional (CE):** se valoró mediante nueve preguntas (preguntas 1,2,3,6,8,13,14,16 y 20 del cuestionario con una puntuación máxima de 54 puntos).
- **Despersonalización (DP):** se cuantificó mediante cinco preguntas (preguntas 5,10,11, 15 y 22 del cuestionario con una puntuación máxima de 30 puntos).
- **Realización personal (RP):** se midió a partir de ocho cuestiones (preguntas 4,7,9,12,17,18,19 y 21 del cuestionario y una puntuación máxima de 48 puntos).

Valores altos en las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización y bajos en la realización personal son indicativos de sufrir el Síndrome de Burnout o estar quemado por el trabajo

El CESQT es un cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) entendido como una respuesta al estrés laboral crónico que se origina en los profesionales dedicados a los servicios (profesionales de la enfermería, médicos, maestros, etc.). En concreto, la prueba evalúa las cogniciones, emociones y actitudes que tiene la persona en relación con sus experiencias laborales. Presenta dos versiones distintas: la versión principal (CESQT), que se aplica a los trabajadores que realizan su actividad laboral atendiendo a personas (psicólogos/as, profesoras/es, médicos/as, enfermeras/as...); y la versión “Desencanto Profesional” (CESQTDP), que se administra a aquellos trabajadores que no trabajan en contacto directo con personas.

# ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

---

La versión principal (CESQT) está compuesta por 20 ítems distribuidos en 4 subescalas (Ilusión por el trabajo, Desgaste psíquico, Indolencia, y Culpa). Las tres primeras permiten generar una puntuación global. La escala Culpa permite diferenciar dos perfiles (conculpa y sin culpa) que se considera dan lugar a consecuencias distintas. Todos los ítems se valoran mediante una escala Likert en formato de respuesta de 5 puntos (de 0=nunca a 4=todos los días, muy frecuentemente). A continuación se describen las 4 subescalas que componen la versión principal (CESQT), así como la escala global que permite obtener:

**1) Ilusión por el trabajo (It) (preguntas 1, 5, 10, 15,19):** Deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque suponen una fuente de satisfacción personal. El individuo percibe su trabajo como atractivo y alcanzar las metas profesionales es una fuente de realización personal. Incluye un componente de autoeficacia profesional. Los 5 ítems son positivos por lo que bajas puntuaciones en It indican alto SQT.

**2) Desgaste psíquico (Dp) (preguntas 8, 12, 17,18):** Los 4 ítems miden la presencia de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas. Altas puntuaciones indican alto nivel de desgaste psíquico, de agotamiento emocional y físico.

**3) Indolencia (In) (preguntas 2, 3, 6, 7, 11,14):** Los 6 ítems evalúan la presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización (pacientes, alumnos...). Aquellos que puntúan alto muestran insensibilidad y no se conmueven ante los problemas de los clientes. En la versión CESQT-DP, esta subescala se sustituye por la subescala. Desencanto profesional, también formada por 6 ítems, que evalúa la indiferencia hacia los problemas de la organización.

**4) Culpa (C) (preguntas 4, 9, 13, 16,20):** Los 5 ítems informan sobre los sentimientos de culpa que la persona tiene por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo, en especial hacia las personas con las que se establecen relaciones laborales.

## ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

---

**5) SQT Total:** Resultado de promediar las puntuaciones en los 15 ítems que conforman el síndrome a partir de las escalas It, Dp, e In. La puntuación en culpa no contribuye a la puntuación total en el SQT.

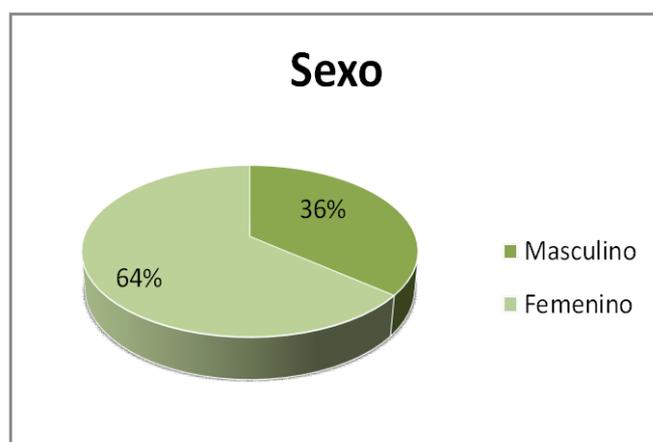
Se considera la presencia de SQT cuando un individuo presenta puntuaciones altas en Desgaste Psíquico e Indolencia (igual o mayor que 2), junto a bajas puntuaciones en Ilusión por el trabajo (igual o inferior a 2).

El CESQT presenta algunas ventajas en relación a otros instrumentos de este tipo por cuanto parte desde un modelo teórico previo al modelo psicométrico, permite obtener una puntuación global del síndrome, añade los sentimientos de culpa como un síntoma que permite establecer distintos perfiles en la evolución del SQT, y se presenta como una alternativa válida y confiable, especialmente para la comunidad hispanoparlante.<sup>(16)</sup>

### c. Resultados

De los 42 cuestionarios repartidos, se recogieron 39 correctamente cumplimentados, por lo que la tasa de respuesta fue del 92,857%.

Respecto al perfil de los encuestados, el 35,89% eran varones (14), mientras que el 64,1% eran mujeres (25) (Figura 6).

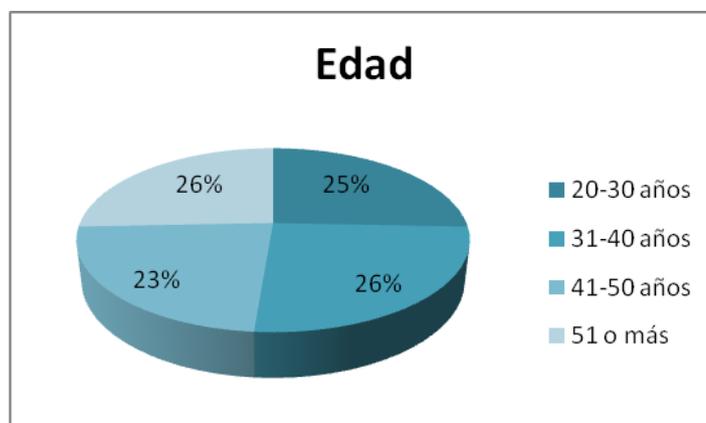


**Figura 6. Distribución de la muestra según sexo**

## ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

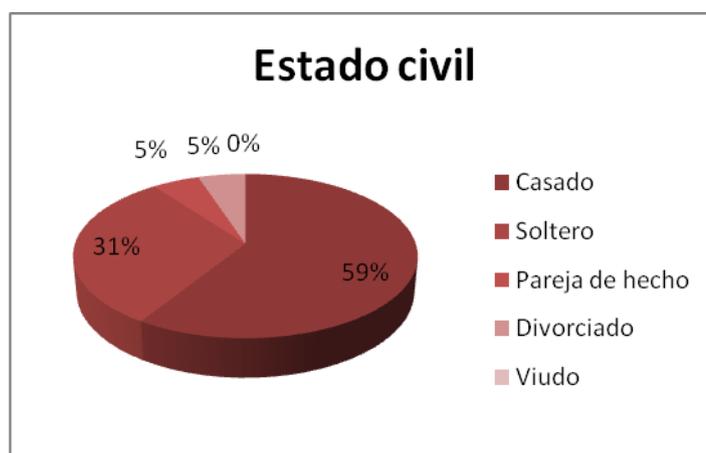
---

La media de edad era de 41.28 años. El 25,64% (10) de los médicos tenía entre 20 y 30 años de edad, 25,64% (10) entre 31 y 40 años, 23,07% (9) entre 41 a 50 años, y 25,64% (10) de edad igual o superior a 51 años (Figura7).



**Figura 7. Distribución de la muestra según años de edad**

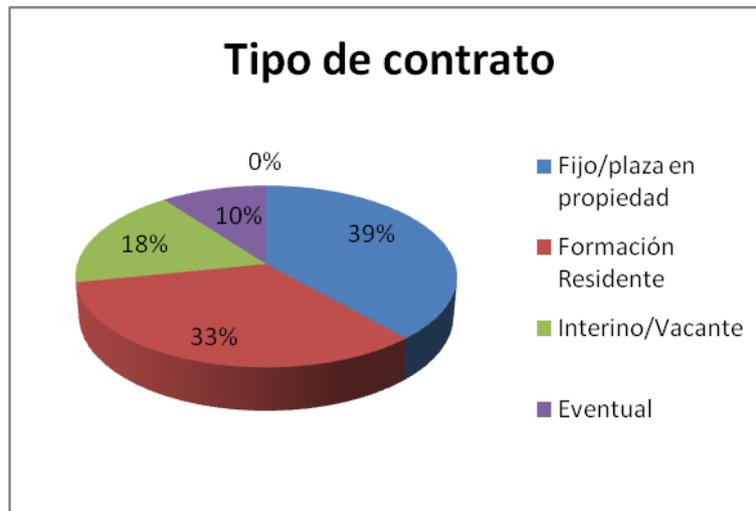
Al revisar el estado civil de los encuestados, 58,97% (23) de los sujetos está casado, 30,76% (12) están solteros, el 5,12% (2) está divorciado y otro 5,12% (2) es pareja de hecho (Figura 8).



**Figura 8. Distribución de la muestra según estado civil**

Según el tipo de contrato, el 38,46% (15) de los encuestados ocupa una plaza en propiedad o tiene un contrato fijo; el 33,33% (13), tiene un contrato en formación de Residente; un 17,94% (7) tiene un contrato de Interino o Vacante, mientras que el 10,25% (4) tiene un contrato eventual (Figura 9).

# ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS



**Figura 9. Distribución de la muestra según tipo de contrato**

La media de los años de experiencia de la población encuestada era de 14,5 años. El 33.3% (13) tiene entre 1 y 10 años de experiencia, 25.64% (10) declaran entre 11 y 20 años de trayectoria, 23.07% (9) señalan entre 21 y 35 años de práctica y 17.94% (7) más de 36 años de experiencia (Figura 10).

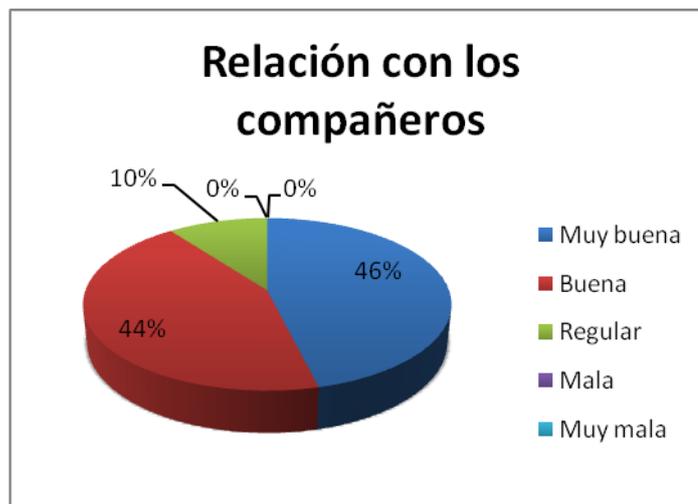


**Figura 10. Distribución de la muestra según años de experiencia**

## ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

---

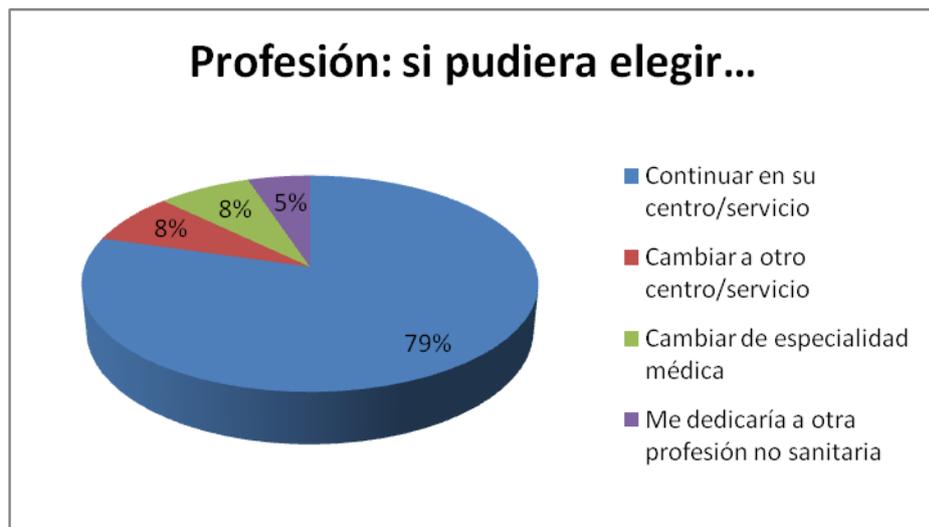
En cuanto a la relación con los compañeros de trabajo, un 46,15% (18) refiere que mantiene muy buena relación; un 43,58% (17) contestó que mantenía buena relación, mientras que el 10,25% (4) restante respondió que la relación con los compañeros era regular (Figura 11).



**Figura 11. Distribución de la muestra según la relación con los compañeros.**

Respecto a su profesión, el 79,48% (31) de los encuestados contestaron que si pudieran elegir, continuarían en su centro/servicio. El 7,69% (3) contestó que cambiaría a otro centro/servicio, y otro 7,69% (3) que si pudiera elegir cambiaría de especialidad médica. Mientras que un 5,12% (2) de los encuestados se dedicaría a otra profesión no sanitaria (Figura 12).

## ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS



**Figura 12. Distribución de la muestra en función de las preferencias respecto a su profesión.**

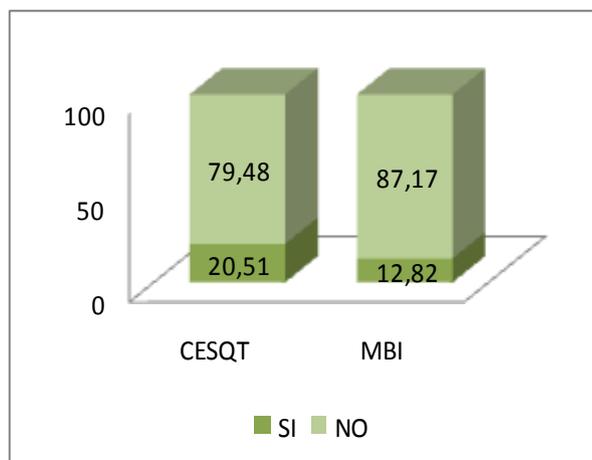
De los profesionales encuestados, un 64,10% (25), cree que la sociedad no valora su profesión, mientras que el 35,89% (14) cree que sí es valorada (Figura 13).



**Figura 13. Distribución de la población según su creencia sobre valoración social de su profesión.**

## ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

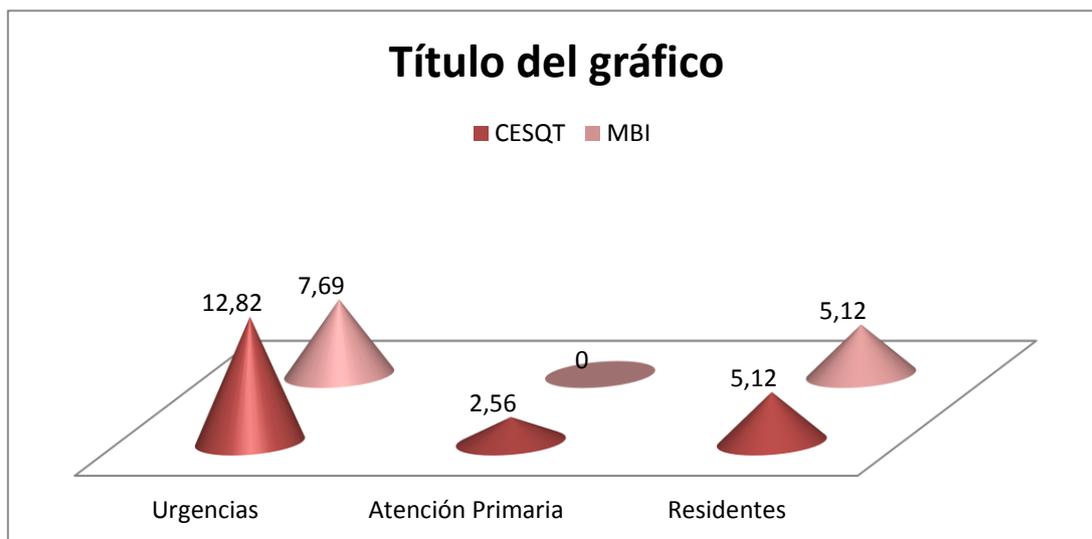
Hemos encontrado diferencias en la prevalencia del síndrome del Burnout según el cuestionario aplicado. Aplicando el CESQT, la prevalencia de profesionales afectados por el SQT era del 20,51% (8), mientras que aplicando el MBI, la prevalencia era menor, siendo del 12,82% (5) (Figura 14).



**Figura 14. Porcentaje de profesionales afectados por SQT según el cuestionario aplicado**

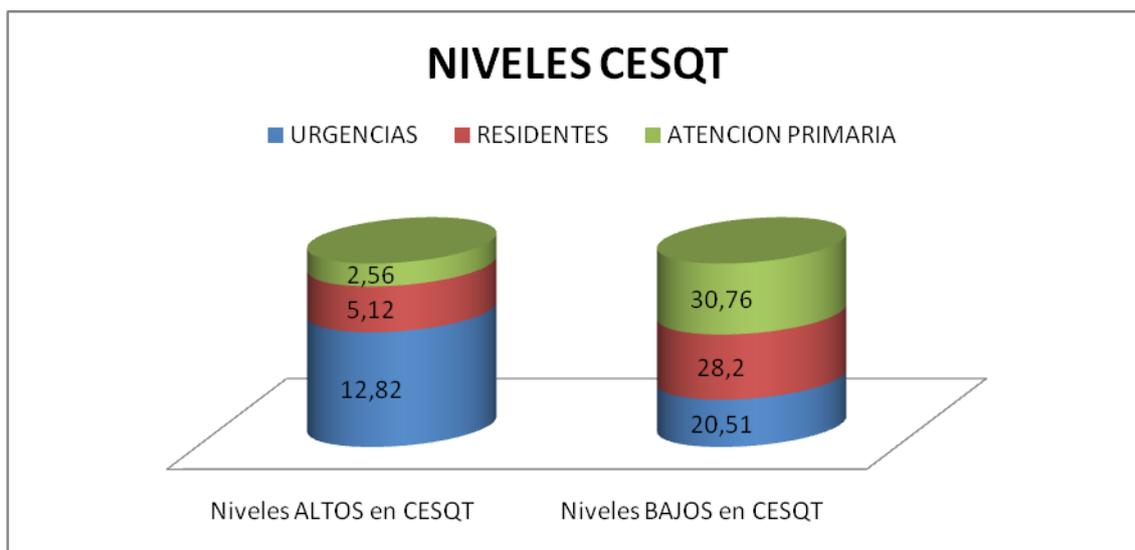
La muestra a estudio se ha clasificado en 3 grupos: profesionales médicos que trabajan en Urgencias hospitalarias, otro grupo de profesionales médicos que trabajan en Atención Primaria, y otro grupo de médicos residentes que trabajan tanto en Urgencias como en Atención Primaria. Según los resultados de los profesionales encuestados, la prevalencia del SQT en Urgencias está entre 12,82% (5) (aplicando el cuestionario CESQT) y un 7,69% (3) (aplicando el cuestionario MBI); siendo la cifra más alta de entre los 3 grupos de profesionales estudiados. En segundo lugar, los médicos residentes mostraban cifras de prevalencia de SQT de 5,12% (tanto con CESQT como con MBI). Por último, fueron los profesionales de Atención Primaria los que presentaron menores cifras de prevalencia de SQT, siendo estas de entre 2,56% (1) (con CESQT) y 0% (con MBI). (Figura 15).

## ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS



**Figura 15.** Distribución de los profesionales afectados por SQT distribuidos según categorías.

Haciendo un análisis de los datos obtenidos a partir del cuestionario CESQT, podemos decir que el 20,51% (8) de los encuestados presentaban niveles altos ( $\geq 2$ ) para el SQT total (sin tener en cuenta el ítem culpa) (Figura 14). De estos profesionales, 5 de ellos pertenecían al ámbito de trabajo del Servicio de Urgencias (12,82%), 2 de ellos eran médicos Residentes (5,12%) y 1 de ellos pertenecía a Atención Primaria (2,56%) (Figura 16).



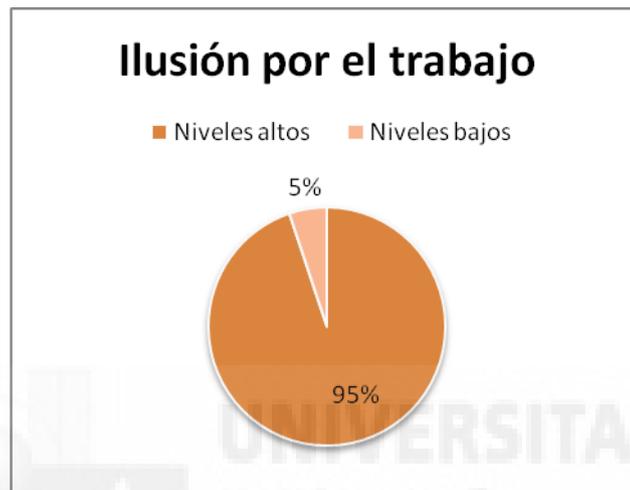
**Figura 16.** Distribución de las 3 categorías profesionales según su nivel de afectación en CESQT

## ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

---

Es importante destacar, que de el 20,51% (8) de los encuestados presentaban niveles altos ( $\geq 2$ ) para el SQT, 3 de ellos (7,69%), presentaban niveles altos en la subescala culpa.

Según los datos obtenidos de toda la población a estudio, el 94,87% (37) presentaba niveles altos ( $\geq 2$ ) en la valoración de la subescala Ilusión por el trabajo, mientras que un 5,12% (2) presentaba niveles bajos ( $<2$ ) (Figura 17).

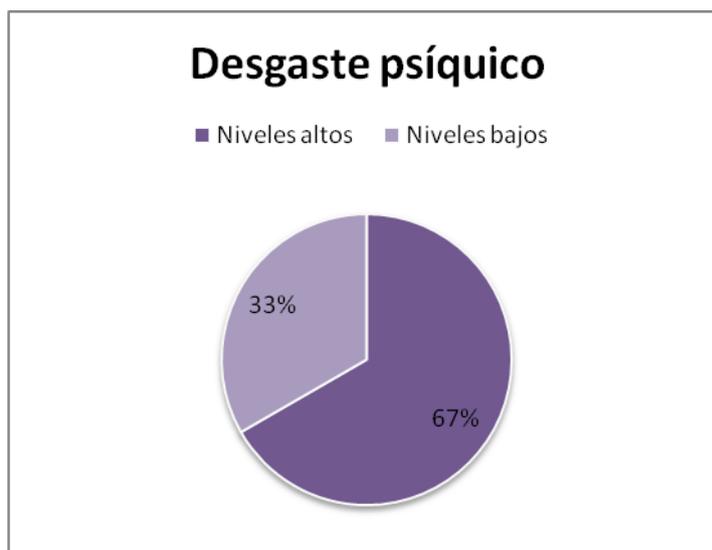


**Figura 17. Distribución población según la subescala Ilusión por el trabajo**

En relación al ámbito de Desgaste psíquico, un 66,66% (26) de los profesionales encuestados presentaban niveles altos ( $\geq 2$ ), frente a un 33,33% que presentaba niveles bajos ( $<2$ ) (Figura 18).

## ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

---



**Figura 18. Distribución población según la subescala Desgaste Psíquico**

En la subescala Indolencia, el análisis de los datos encuestados revela que un 71,79% (28) de los profesionales presentaba niveles bajos ( $< 2$ ), mientras que un 28,20% (11) de ellos presentaba niveles altos ( $\geq 2$ ).



**Figura 19. Distribución población según la subescala Indolencia**

Tras analizar estos datos, podemos decir que el perfil del profesional encuestado se trata de mujeres (64%), con una media de edad de 41 años, casados (59%), con contrato fijo (39%), con una media de 15 años de experiencia profesional, la mayoría con muy buena

## ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

---

relación con sus compañeros de trabajo (46%), que no cambiaría de servicio/centro (79%), y que cree que la sociedad no valora su profesión (64,10%).

Considerando los resultados tras la aplicación del CESQT, el Síndrome de estar quemado por el trabajo tiene una prevalencia del 20,51%, que distribuido entre los distintos niveles asistenciales sanitarios corresponde con una prevalencia del 12,82% en Urgencias, 5,12% entre médicos Residentes y 2,56% en Atención Primaria. De estos profesionales afectados por el SQT, un 7,69% presenta niveles altos en la subescala culpa.

Teniendo en cuenta toda nuestra población a estudio, al analizar por separado las distintas dimensiones que pueden ser valoradas en el CESQT, nos encontramos con que el 5% presenta niveles bajos en Ilusión por el trabajo, un 66% niveles altos de Desgaste Psíquico y un 28,20% niveles altos de Indolencia.

### d. Discusión

Ocho profesionales presentaron niveles altos de SQT (el 20,51 % de la población estudiada). Cinco de ellos, la mayoría, eran Médicos de Urgencia (5 personas / el 12,82% de la población estudiada), médicos Residentes (2 personas y 5,12% de la población estudiada) y Médicos de Atención Primaria (1 persona y 2,56% de la población estudiada). Este resultado es inferior al de otros estudios publicados con resultados del 39,3% para médicos de Atención Primaria y una prevalencia del 50-90% para médicos Residentes <sup>(8,11)</sup>

Si comparamos nuestro resultado en cuanto a la prevalencia del Burnout en Médicos de Urgencias con los de otros estudios publicados, podemos observar que aunque nuestros datos de prevalencia son inferiores (12.82%) frente al 40-50% <sup>(17,18)</sup> o casi el 70% <sup>(19)</sup> al que llegan algunos de ellos, el grado de Burnout es siempre en estos servicios de Urgencias superior al de otros servicios médicos, en lo que coincidimos con estos autores.

Los usuarios de la sanidad están cada vez mejor informados y son más exigentes en la demanda de la atención sanitaria. En las urgencias hospitalarias generalmente se trabaja

## ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

---

con premura de tiempo, con enfermos que presentan diversas patologías, con familiares, que en algunas situaciones desean tanta información que pueden bloquear la dinámica de trabajo de los facultativos; toda esta serie de situaciones van influyendo negativamente en los médicos de urgencias. <sup>(20)</sup>

Por otro lado, llama la atención la alta puntuación en Desgaste psíquico encontrada entre nuestra población, que se traduce en un 66,66% de los profesionales encuestados.

Centrándonos en nuestro estudio, hemos detectado cinco casos con elevadas puntuaciones de SQT, y tres de ellos se presentan asociados a altos niveles de culpa, evidenciando tres casos graves de este síndrome, según los perfiles establecidos por Gil-Monte (2005), quien sostiene que cuando el SQT se presenta con culpa, el sujeto experimenta remordimiento por no cumplir su rol y tratar impersonalmente a los usuarios. Esta situación puede llegar a ser muy perjudicial para el profesional. Cabe destacar que para poder llegar a una confirmación diagnóstica sería necesaria una evaluación clínica de estos profesionales para ser considerados como profesionales que padecen Síndrome de Burnout.

Resulta importante destacar que la prevalencia del SQT sea mayor en Médicos Residentes con pocos años de experiencia laboral que en Médicos de Atención Primaria, lo que supone una alerta y se plantea la necesidad de implantar estrategias que contrarresten las posibles fuentes de estrés crónico que generan el agotamiento de estos jóvenes médicos.

### **e. Limitaciones**

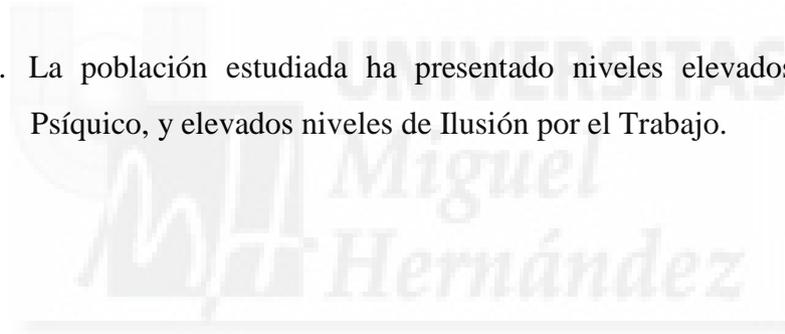
Las mayores limitaciones de este estudio residen en la mayor o menor sinceridad de los profesionales sanitarios a la hora de contestar el cuestionario. La sinceridad a la hora de completarlo se puede ver alterada por diversas circunstancias, tales como sobredimensionar las condiciones laborales. Otra de las limitaciones es la tasa de respuesta pequeña, aunque estudios previos publicados cuentan con tamaños muestrales similares.

# ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

---

## 6. Conclusiones

1. La prevalencia del Síndrome de Estar Quemado por el Trabajo en distintos niveles asistenciales sanitarios como son Atención Primaria, Urgencias Hospitalarias y otro de Médicos Internos Residentes, de la misma zona básica de Salud es relativamente baja respecto a otros estudios publicados.
2. Encontramos diferencias en cuanto a la prevalencia del SQT en los distintos niveles asistenciales, siendo ésta mayor entre los médicos del Servicio de Urgencias y los médicos internos Residentes que en los médicos de Atención Primaria.
3. La población estudiada ha presentado niveles elevados de Desgaste Psíquico, y elevados niveles de Ilusión por el Trabajo.



# ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

---

## 7. Referencias bibliográficas

1. NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación - Año 2005
2. Saborío Morales, L.; Hidalgo Murillo, L.F. Revisión Bibliográfica Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*. Marzo 2015. Vol. 32 (1).
3. V. Sánchez Ventín, I. Jiménez Pereira, B. Burnout en médicos de Atención Primaria de los centros de salud del municipio de Vigo. *SEMERGEN*. 2009;35(5):211-3
4. Pera G, et al. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gaceta Sanitaria* 2002;16(6):480-6
5. Díaz Hernández, M. Relación entre Personalidad, Afrontamiento y Apoyo social con Burnout, Calidad de Vida Profesional y Salud en Bomberos de Gran Canaria. *Las Palmas de Gran Canaria*. 2014; 90-95
6. Bernaldo de Quirós-Aragón, M.; Labrador-Encinas, F. J. Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extra-hospitalaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 7, núm. 2, 2007, pp. 323-335
7. Olivares-Faúndez, V. E., Mena-Miranda, L., Jélvez-Wilke, C., & Macía-Sepúlveda, F. (2014). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en profesionales chilenos. *Universitas Psychologica*, 13(1), 145-159.

## ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

---

8. Navarro-González D et al. Prevalencia del síndrome del burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de Atención Primaria. *Semergen*. 2015;41(4):191-198
9. Torras Bernáldez, M. T., Pardo Fonfria, C. Burn-Out En Un Centro De Salud Urbano. *Semergen* 2003;29(1):44-7
10. Grau A et al. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Rev Esp Salud Pública*, 2009; 83: 215-30.
11. Fernández Martínez, O et al. Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias. *Emergencias*. 2007; 19:116-21.
12. NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): consecuencias, evaluación y prevención - Año 2005
13. Olivares V.E., Gil-Monte P. R., Análisis de las Principales Fortalezas y Debilidades del "Maslach Burnout Inventory" (MBI). *Ciencia & Trabajo*, 2009; 33 : 160-167
14. Gil-Monte P. R. Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish Professionals *Revista Salud Pública* 2005; 39(1):1-8
15. Gil-Monte P. R. Evaluación Del Cuestionario CESQT. Consejo General de la Psicología. 2011
16. Gil-Monte, P. (2005). El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout). Valencia – España: Pirámide. Gil-Monte, P. (2008). Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT (Burnout) en Maestros Mexicanos. *Revista Información Psicológica*, N°91-92, p.53-63.

## ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

---

17. Henderson G. Physician burnout. *Hospital Physician* 1984;7:20-8.
18. Casado Moragón, A.; Muñoz Durán, G. Burnout en profesionales de los servicios paliativos, intensivos y urgencias de un gran hospital. *Med Clin (Barc)*. 2005; 124(14):554-6
19. Cebriá Andreu J. Distrés crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas. *Aten Primaria* 2003;31:564-74.
20. Garnés Ros, A.F., ¿Están quemados los médicos de urgencia de hospitales de Alicante? *SEMERGEN* 2003; 29(2):65-9



## Anexo I

### VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

1. Edad: \_\_\_\_ Años
  
2. Sexo:
  - Mujer
  - Hombre
  
3. Estado civil:
  - Casado/a
  - Pareja de hecho
  - Soltero/a
  - Divorciado/a
  - Viudo/a
  
4. Hijos: \_\_\_\_ (Señalar el número total de hijos. Si no posee ningún hijo indicar cero)
  
5. Indicar Centro de referencia
  - Centro de Salud \_\_\_\_\_ (indicar nombre)
  - Hospital
  
6. Años de experiencia profesional: \_\_\_\_Años.
  
7. Situación Laboral:
  - Contrato Residente
  - Plaza en Propiedad/ Fijo
  - Interino/ Vacante
  - Eventual /Refuerzo
  - Comisión de Servicios
  
8. Relación con los compañeros del centro/servicio:

# ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

---

Muy Buena

Buena

Regular

Mala

Muy mala.

9. En cuanto a su profesión ¿Si pudiera elegir? le gustaría:

- Continuar en mi centro/servicio

- Cambiar a otro centro/ servicio

- Cambiar de especialidad médica

- Me dedicaría a otra profesión no sanitaria.

10. ¿Cree usted que la sociedad valora su profesión? Sí  No.

## **Anexo II**

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y se rellenarán de forma anónima. Su objetivo es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo. A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una cruz en la casilla correspondiente y número que considere más adecuado.

## ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

		0	1	2	3	4	5	6
		NUNCA	POCAS VECES AL AÑO O MENOS	UNAS VECES AL MES O MENOS	UNAS POCAS VECES AL MES.	UNA VEZ A LA SEMANA	POCAS VECES A LA SEMANA	TODOS LOS DÍAS
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							

## ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

---

	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							



# ANÁLISIS DEL BURNOUT ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

## CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (CESQT)

A continuación hay algunas afirmaciones en relación a su trabajo y sobre las consecuencias que se derivan de esa relación para usted como profesional y como persona. Piense con qué frecuencia le surgen a usted esas ideas o con qué frecuencia las siente, teniendo en cuenta la escala que se le presenta a continuación. Para responder rodee con un círculo la alternativa (el número) que más se ajusta a su situación:

	0	1	2	3	4
	Nunca	Raramente: algunas veces al año	A veces: algunas veces al mes	Frecuentemente: algunas veces por semana	Muy frecuentemente: todos los días
1) Mi trabajo me supone un reto estimulante.				0	1 2 3 4
2) No me apetece atender a algunos colaboradores.				0	1 2 3 4
3) Creo que muchos colaboradores son insoportables.				0	1 2 3 4
4) Me preocupa el trato que he dado a algunas personas en el trabajo.				0	1 2 3 4
5) Veo mi trabajo como una fuente de realización personal.				0	1 2 3 4
6) Creo que los familiares de los colaboradores son unos pesados.				0	1 2 3 4
7) Pienso que trato con indiferencia a algunos colaboradores.				0	1 2 3 4
8) Pienso que estoy saturado/a por el trabajo.				0	1 2 3 4
9) Me siento culpable por alguna de mis actitudes en el trabajo.				0	1 2 3 4
10) Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas.				0	1 2 3 4
11) Me apetece ser irónico/a con algunos colaboradores.				0	1 2 3 4
12) Me siento agobiado/a por el trabajo.				0	1 2 3 4
13) Tengo remordimientos por algunos de mis comportamientos en el trabajo.				0	1 2 3 4
14) Etiqueto o clasifico a los colaboradores según su comportamiento.				0	1 2 3 4
15) Mi trabajo me resulta gratificante.				0	1 2 3 4
16) Pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento.				0	1 2 3 4
17) Me siento cansado/a físicamente en el trabajo.				0	1 2 3 4
18) Me siento desgastado/a emocionalmente.				0	1 2 3 4
19) Me siento ilusionado/a por mi trabajo.				0	1 2 3 4
20) Me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo.				0	1 2 3 4