



**EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL ÁMBITO SANITARIO. UN
ANÁLISIS EN LAS CONSULTAS EXTERNAS HOSPITALARIAS**

AUTOR: Lázaro Ibáñez Martínez

TUTOR: Doctor José Rafael Lobato Cañón

TRABAJO FINAL DE MÁSTER

MÁSTER UNIVERSITARIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ.

CURSO 2017-18





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

D./D^a JOSÉ RAFAEL LOBATO CAÑÓN, Tutor/a del Trabajo Fin de Máster, titulado 'EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL ÁMBITO SANITARIO. UN ANÁLISIS EN LAS CONSULTAS EXTERNAS HOSPITALARIAS" y realizado por el/la estudiante D. Lázaro Ibáñez Martínez.

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

Fecha de la autorización: 20/07/2018

Fdo.: José Rafael Lobato Cañón
Tutor TFM





ÍNDICE

Introducción	9
1. Justificación del estudio	13
2. Hipótesis y objetivos	17
2.1. Hipótesis de investigación	17
2.2. Objetivo general	17
2.3. Objetivos específicos	17
3. Marco teórico	19
3.1. Delimitación conceptual	19
3.2. Modelos teóricos explicativos	22
3.3. Causas	24
3.4. Variables personales, demográficas y laborales	26
3.5. Síntomas	28
3.6. Evolución del síndrome	30
3.7. Repercusiones-consecuencias	31
3.8. Diagnóstico	33
4. Método	35
4.1. Contexto	35
4.2. Población y muestra	35
4.3. Procedimiento	37
4.4. Instrumentos de recogida de información	38
4.5. Análisis de datos	39
5. Resultados	41
6. Discusión	51
7. Conclusiones	55
8. Algunas propuestas para la prevención y el tratamiento	59
9. Limitaciones del estudio	63
10. Aspectos éticos-legales	65
Referencias	67
Anexos	75



RESUMEN

Los profesionales sanitarios se enfrentan diariamente a situaciones físicas y emocionalmente agotadoras que son preludio del Síndrome de Burnout o del 'trabajador quemado'. Afecta a todos los trabajadores, pero, sobre todo, a los que desarrollan su labor con personas, a veces en situaciones límite. El síndrome va adquiriendo relevancia y prevalencia progresivamente, produciendo efectos negativos tanto para los profesionales que lo sufren como para los propios enfermos y la sociedad en general. Por eso, el propósito general del presente estudio es descubrir y analizar la prevalencia del Síndrome de Burnout en sus diferentes dimensiones y circunstancias, así como las posibilidades de sufrirlo en los profesionales de la sanidad, más concretamente en los que ejercen su labor en las consultas externas: Facultativos Especialistas, Médicos Internos Residentes, Enfermeros y Técnicos Auxiliares de Enfermería. Como instrumentos de recogida de información se utilizaron dos cuestionarios: uno para obtener las características socio-demográficas y profesionales de la muestra, y el MBI adaptado al español para detectar posible prevalencia de burnout. Entre los resultados y conclusiones, destacar una prevalencia de *burnout* menor de la esperada, pero, en cambio, aparece un significativo riesgo de poder llegar a sufrir éste síndrome; el número de pacientes atendidos es la variable más determinante como riesgo de padecer el síndrome; y la edad es otra variable significativa a la hora de hablar de prevalencia del síndrome, sobre todo en la dimensión "cansancio emocional". Por ello, se hace necesario elaborar e instaurar programas de prevención del desarrollo del *burnout* teniendo en cuenta estos resultados y conclusiones.

PALABRAS CLAVE: burnout, salud, profesiones sanitarias, consultas externas

ABSTRACT

Health professionals face daily physical and emotionally exhausting situations that are a prelude to Burnout Syndrome or the 'burned worker'. It affects all workers, but above all, those who work with people, sometimes in extreme situations. The syndrome is becoming increasingly relevant and prevalent, producing negative effects both for the professionals who suffer it and for the patients themselves and society in general. Therefore, the general purpose of this study is to discover and analyze the prevalence of Burnout Syndrome in its different dimensions and circumstances, as well as the possibilities of suffering it in health professionals, more specifically in those who exercise their work in consultations External: Optional Specialists, Internal Resident Doctors, Nurses and Auxiliary Nursing Technicians. As information collection instruments, two questionnaires were used: one to obtain the socio-demographic and professional characteristics of the sample, and the MBI adapted to Spanish to detect the possible prevalence of burnout. Among the results and conclusions, we highlight a lower than expected burnout prevalence, but, on the other hand, there is a significant risk of suffering from this syndrome; the number of patients attended is the most important variable as risk of suffering from the syndrome; and age is another significant variable when talking about the prevalence of the syndrome, especially in the "emotional fatigue" dimension. Therefore, it is necessary to develop and implement prevention programs for the development of burnout taking into account these results and conclusions.

KEY WORDS:

El síndrome de Burnout en el ámbito sanitario. Un análisis en las consultas externas hospitalarias.

burnout, health, health professions, outpatient consultations



INTRODUCCIÓN

La defensa de la salud es objetivo ineludible para todos los ciudadanos, y debe ser una preocupación objeto de atención preferente para la Administración, sobre todo cuando es resultado de las condiciones de trabajo de los profesionales en sus diferentes ámbitos laborales; con un ‘desgaste’ profesional que se da con mayor prevalencia en las profesiones que trabajan con personas enfermas, a veces en situaciones límite (Gálvez, Moreno y Mingote, 2013; Moreno, 2014; Moreno y Rodríguez 2013). De ese modo, el estrés y sus consecuencias, algunas enfermedades psicosomáticas, son muy frecuentes en la actualidad, y afectan cada vez a más trabajadores en su vida personal y en su rendimiento y relaciones laborales; y, entre esos trabajadores, el personal sanitario no escapa a esta situación, lo que, entre otras consecuencias, repercute negativamente en la calidad de los servicios que ofrecen en los diferentes ámbitos de la salud.

Desde el punto de vista normativo-legal, la Constitución española (art.40.2) proclama que los poderes públicos deben velar por la seguridad e higiene en el trabajo, cuestión que recoge la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, modificada por la 54/2003 en virtud de las recomendaciones y directivas de la OIT (1984) y la OMS (1988) sobre prevención de riesgos laborales, que insta a las administraciones y empresas, públicas y privadas, a desarrollar una política de protección de la salud de los trabajadores, promoviendo la seguridad y minimizando o eliminando los elementos estresores en el trabajo, aplicando medidas y desarrollando actividades para la prevención y, en su caso, actuaciones desde el campo psicosocial y educativo. Del mismo modo, el Real Decreto 298/2009 hace referencia a la *fatiga mental* de los profesionales de la Salud como riesgo psicosocial importante; e, igualmente, una de las líneas de actuación prioritarias para la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (2015) es el de los riesgos psicosociales (Roel, 2011).

En ese marco normativo, el *burnout* aparece como uno de los principales riesgos psicosociales de los profesionales de la sanidad, aunque todavía se generan dudas entre algunas Administraciones y empresas sobre la pertinencia de considerarlo como una enfermedad profesional; se tiende a percibir el síndrome como algo implícito al desarrollo laboral por la carga psicológica que tiene cada puesto de trabajo, con lo que

se descarga la consecuencia en la posible vulnerabilidad del trabajador y a su modo psíquico de enfrentarse a las situaciones estresantes, o se achaca a problemas extralaborales que influyen negativamente en el trabajo (Fidalgo, 2000).

Así, actualmente este síndrome no se encuentra en el listado de enfermedades profesionales, entre otras razones, como las expuestas anteriormente, porque no se encuentra así catalogado en los manuales de diagnóstico del síndrome, al no ajustarse esos criterios diagnósticos a los daños en la salud psíquica, con el argumento de las dificultades de establecer clara y objetivamente la relación causal entre los estresores y sus consecuencias para la salud; ello, a pesar de los conocimientos científico-técnicos y las muchas evidencias científicas y trabajos de investigación que sí determinan su relación causal (Moreno, 2014; Stansfeld y Candy, 2006; Vega, 2012); sin embargo, se va reconociendo como accidente de trabajo, en virtud del artículo 115.2.e de la Ley General de Seguridad Social (B.O.E. de 29 de Junio de 1994).

Los anteriores y otros autores han realizado trabajos en los que demuestran que el *burnout* puede generar patologías muy importantes no valoradas tradicionalmente entre las consecuencias del trabajo, en general, pues se ponía énfasis en los riesgos físicos y otras circunstancias alejadas de lo psicosocial (Ghadar, Ronda, Nolasco, Álvarez y Mateo, 2011; Jiménez y León, 2010; UGT, 2011). En este sentido, según la OIT (2014), la mitad de los centros de trabajo españoles no dispone de mecanismos para evaluar ni controlar el *burnout* y no cree necesitar ninguna medida preventiva al respecto. Otro estudio de ELSENER (2012) camina en la misma línea, al concluir que los centros de trabajo tienen muchas dificultades para detectar y atajar los riesgos que conducen al *burnout*.

Por tanto, el *Síndrome de Burnout* o *Síndrome de quemarse por el trabajo (SQT)*, ha sido un tema muy debatido y que ha originado numerosas investigaciones en las últimas décadas (Figueiredo, Grau, Gil-Monte y García, 2012; Gil-Monte y Moreno, 2007; Moreno, 2007).

La mayoría de autores coinciden en que fue Herbert Freudenberger (1974) quien describió por primera vez este síndrome, mientras trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York, entendiéndolo como el resultado del estrés laboral, al

observar sus efectos a largo plazo en los voluntarios que trabajaban con esas personas; con el tiempo se volvían menos sensibles, poco comprensivos e, incluso, agresivos en su relación con ese grupo de riesgo; situación que, además, se daba en un contexto laboral de retribuciones mínimas, sin horarios estables, muchas horas de trabajo y elevadas exigencias de los jefes. En las profesiones relacionadas con la salud abarca factores específicos por el contacto directo de los profesionales con la enfermedad y la muerte, sin obviar en el contexto español otras circunstancias sociolaborales como la disminución de recursos en sanidad por la recesión económica que dio lugar a las políticas de austeridad, por los ‘recortes’ en este ámbito desde la crisis económica (García-Rodríguez, Gutiérrez, Bellón, Muñoz, y Fenández, 2015; Bethge y Radoschewski, 2010; Houdmont, Kerr y Addley, 2012).

En ese marco, el presente TFM pretende analizar el *burnout* en los profesionales sanitarios que ejercen su labor en las consultas externas de los hospitales, un ámbito que no es tenido como generador de profesionales ‘quemados’, pero que se intentará demostrar que tiene las suficientes características y condicionantes como para considerar que el *burnout* se da también en los médicos especialistas, médicos internos residentes, enfermeros y auxiliares de enfermería de esas consultas.



1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La OMS (1999) consideró a los trabajadores de la salud como profesionales altamente estresados, por encima de otros profesionales como los docentes, por las intensas relaciones que establecen con los pacientes en su trabajo y las situaciones que tienen que vivir con ellos, llegando muchas veces a la frustración y el desencanto. Efectivamente, es notorio que los trabajadores de sanidad se enfrentan diariamente a situaciones y circunstancias estresantes: exceso de estimulación, elevado grado de implicación con los pacientes y familiares, contacto habitual con la muerte, frustración, masificación, turnicidad, conflictos de rol y eticidad, excesiva burocratización... (González, 2002; Ortega y López, 2004; Quick y Tretik, 2003).

Eso hace que se sostenga que, en general, los profesionales de la salud trabajan con demandas de atenciones altas e intensas, lo que genera mucha tensión y estrés que puede degenerar en *burnout* por las diversas situaciones a las que se enfrentan. Así, en los últimos cincuenta años se han realizado numerosas investigaciones y trabajos científicos, desde diferentes plataformas teóricas, que han intentado delimitar conceptualmente el *burnout* y generar modelos explicativos sobre el mismo, mostrando gran interés por la evaluación y diagnóstico del síndrome, de cara a sugerir modos de intervención para prevenirlo y, en su caso, eliminarlo (Dáiz y Gómez, 2011).

En ese sentido, es conocido que el *síndrome de Burnout* tiene cada vez más importancia en España, sobre todo en los profesionales de la salud, con prevalencia en éstos de casi el 15% (Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga, 2009), y del 12.5% en países como Alemania (Kaschka, Korzack y Broich, 2011). Y son muchas las investigaciones que lo han estudiado desde la afectación a los médicos de urgencias, cirujanos, médicos de atención primaria, las médicos embarazadas, el personal sanitario de ambulancias medicalizadas, etc. (AEEMT, 2016; Cobos, 2010; INSHT, 2011); esos estudios se han centrado en la evaluación de la prevalencia del *burnout* y sus factores asociados, fundamentalmente sociodemográficos y sociolaborales, pero mucho menos se han estudiado los factores personales y psicopatológicos del síndrome (Tárraga y Serrano, 2016), sobre todo en contextos considerados tradicionalmente como menos estresantes, como los ambientes de las consultas externas.

Así, el interés de los estudios sobre este síndrome se sustentó en algunas razones fundamentales (Cherniss, 1980), por la afectación, a nivel general, a la moral y el bienestar psicológico de los trabajadores implicados; a la calidad de los cuidados y tratamientos que reciben los pacientes; a las instancias administrativas; y, finalmente, a la comunidad y sus programas de atención y servicios. En España comenzó la preocupación por el fenómeno mucho más tarde (Giménez, 2000), y, sobre todo, se centró en los sectores sanitario y educativo, fundamentalmente por la necesidad de estudiar el síndrome asociada al derecho a la protección de la salud que todo trabajador inserto en una organización laboral tiene; derecho a no estar expuesto ni indefenso ante los estresores que originan problemas psicosociales (Fidalgo, 2000).

Pero, como se señaló anteriormente, y después se pudo comprobar en la búsqueda bibliográfica que se expone al principio del marco teórico, no hay estudios sobre la prevalencia e importancia de ese síndrome en el conjunto de profesionales de la salud que operan en las consultas externas de los hospitales, al no considerar los investigadores y la propia Administración que sea un espacio que origine problemas psicosociales como el que se está estudiando en este TFM; de hecho, no existe ningún estudio de estas características realizado con profesionales sanitarios de este ámbito laboral realizado sobre el Servicio Murciano de Salud, pero se ha demostrado (AMYTS, 2014; Ramos, Pérez, Enguix, Álvarez y Martínez, 2013) que existe una estrecha relación causal entre las labores profesionales desempeñadas y el estado de salud, que los factores de riesgo psicosociales asociados al *burnout* presentan diversas manifestaciones, somatizando lo físico unas veces, y creando serios problemas a nivel cognitivo, afectivo y relacional. Ello hace necesario un correcto análisis de la realidad de los profesionales sanitarios que desarrollan su labor en las consultas externas de los hospitales para eliminar, paliar o, en su caso, corregir las posibles deficiencias o disfunciones que puedan existir en materia de salud laboral.

Los profesionales que trabajan en las consultas externas tienen una relación muy directa y personal con los pacientes, enfrentándose a todo tipo de situaciones, con pacientes que, en muchas ocasiones, demandan respuestas y soluciones inmediatas, como si fuese un espacio de urgencias de un centro de salud; no teniendo el personal sanitario tampoco el tiempo necesario para atender a los pacientes como algunas

situaciones lo requieren por la masificación de estas consultas, por lo que el colectivo que se pretende estudiar representan un grupo de riesgo potencialmente vulnerable a problemas de *burnout* (Fernández, González, Iríbar y Peinado, 2017, Gálvez, Moreno y Mingote, 2013). Por eso, se tiene el convencimiento de que el trabajo que se presenta es pertinente, porque los riesgos de *burnout* en el colectivo citado no han sido tenidos en cuenta tradicionalmente entre los grupos de riesgo de sanidad (Jiménez y León, 2010), son difíciles de medir por su difícil objetivación, su extensión social y personal y sus múltiples repercusiones en la salud y el bienestar socio personal y familiar, pero también empresarial, su (todavía) escasa cobertura legal y su dificultad para prevenir el *burnout* en estos espacios (UGT, 2011, 2016). Y reflejar que algunos estudios (Tárraga y Serrano, 2016) concluyen que son los colectivos de jóvenes, las mujeres y el personal temporal los más propensos a sufrir el síndrome.

Por otra parte, al no haber constituido una línea de trabajo significativa en este ámbito que se estudia en el presente TFM, tampoco se han creado instrumentos de evaluación muy fiables ni se recopilan buenas prácticas, más allá de las recomendaciones de organismos internacionales (CEE, 2000), por lo que es otra justificación del trabajo el hecho de validar el instrumento que se va a utilizar para diagnosticar el *burnout* en el colectivo de personal de sanidad que trabaja en las consultas externas, ya que sí ha resultado pertinente al aplicarlo en otros grupos de riesgo psicosocial.

Por las razones expuestas, el presente trabajo de TFM puede coadyuvar a una mejor y más amplia comprensión del *síndrome de Burnout*, tanto a niveles teóricos como prácticos, profesionales y sociales, extendiendo la investigación a ámbitos como el estudiado, y, si así se estimase pertinente por los resultados obtenidos, puede servir para proponer algunas vías de solución o medidas de prevención que redunden tanto en los profesionales como en los usuarios de los servicios de salud y las propias instituciones hospitalarias, con intervenciones psicosociales preventivas que actúen de manera eficaz para paliar o erradicar el problema.



2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1. Hipótesis de investigación

Los profesionales sanitarios implicados en las consultas externas hospitalarias: Facultativos Especialistas, Médicos Internos Residentes, de Enfermería y Técnicos auxiliares de enfermería están sometidos a condiciones laborales generadoras de *burnout*.

2.2. Objetivo General

El propósito general de este trabajo es el de descubrir, conocer y analizar la prevalencia del *síndrome de Burnout*, sus consecuencias y dimensiones personales, profesionales y sociales en los profesionales sanitarios de las consultas externas del Hospital Virgen del Castillo de Yecla (Región de Murcia), analizando las distintas variables que pueden intervenir en la (posible) génesis y producción del problema. Este objetivo general se desglosa en los objetivos específicos que se exponen a continuación.

2.3. Objetivos Específicos

- a) Recoger la opinión de los trabajadores sanitarios de las consultas externas sobre la valoración general que de ellos hacen familiares, pacientes, compañeros y jefes.
- b) Identificar las dimensiones y variables del *síndrome de Burnout* que repercuten más negativamente en los grupos profesionales estudiados.
- c) Comparar cada grupo profesional estudiado con el resto de profesionales para valorar si existe algún grupo que sea más propenso a la prevalencia del *burnout*.
- d) Hacer algunas propuestas preventivas en función de los resultados y las conclusiones establecidas en la investigación.



3. MARCO TEÓRICO

3.1. Delimitación conceptual

Para el marco conceptual, se hizo una búsqueda bibliográfica y documental estableciendo un protocolo de revisión para plantear, después, preguntas claves y focalizadas sobre lo que se pretendía indagar: los riesgos psicosociales, el estrés, el *burnout* y, para algunas publicaciones en español, el síndrome del quemado. Esa búsqueda se realizó en redes y portales de internet especializados recopiladores de artículos científicos sobre las evidencias de prevalencia en profesionales de la sanidad, en general, así como sus posibles consecuencias de todo tipo. Se hizo la indagación mediante los buscadores Medline, SciELO y Cochrane. De este modo, se encontró una gran cantidad de documentos sobre la temática, lo que motivó una selección mediante palabras concretas: burnout-sanidad, burnout-médicos, burnout-enfermeros y burnout-auxiliares de enfermería, dentro de los descriptores anteriores, que condujeran a concretar en los profesionales de la salud que trabajan en los servicios externos de los hospitales; entonces, se pudo comprobar lo que se decía anteriormente: la escasez de trabajos sobre la temática específica de este TFM. Así, la selección quedó reducida a algunos trabajos de los que se da cuenta en las referencias finales. Del mismo modo, se utilizó el gestor bibliográfico EBLA, a través de consultas *on line*, para clasificar y ordenar la información.

De esos documentos se pudo constatar que el *síndrome de Burnout* comenzó a ser estudiado a principios de los setenta del pasado siglo XX, que fue un momento histórico de grandes transformaciones en el mundo, con crisis económica (la del petróleo del 73) y grandes bolsas de desempleo, irrupción de las nuevas tecnologías, precarización del trabajo, grandes cambios en las estructuras organizativas y estructurales de las empresas, especialización del trabajo, altas exigencias a los trabajadores... Todo ello generó en los profesionales riesgos que no habían sido tenidos en cuenta hasta entonces, que fueron llamados genéricamente “riesgos psicosociales” y que atentaban contra el bienestar y la calidad de vida de los trabajadores (Antunes, 2000; Díaz y Gómez, 2011; Kaschka, Korrzack y Broich, 2011).

En ese contexto, el *burnout* fue conceptualizado genéricamente como estado de agotamiento, decepción y pérdida de interés por el trabajo y lo que le rodea, un proceso de pérdida gradual de responsabilidad y desinterés, que se da, sobre todo, en los profesionales que desarrollan su labor atendiendo a personas en sus diversas circunstancias (Gil-Monte,1991). Es, por tanto, una respuesta al estrés laboral continuado que suele aparecer con más relevancia y prevalencia en auxiliares de clínica, cuidadores de pacientes geriátricos, médicos de atención especializada, de atención primaria y especial, de urgencias, cirujanos, profesionales con pacientes con VHI, de salud mental, enfermeros... No obstante esa conceptualización general, las definiciones y concepciones sobre este síndrome son muy variadas y adoptan diversa terminología para reforzar unos u otros aspectos del síndrome (quemado, desgaste profesional, desvinculación socio-laboral, despersonalización), por lo que a veces se confunde con términos como la depresión (Guerrero y Vicente, 2001).

En todo caso, parece que hay acuerdo en aceptar como canónica la definición propuesta en su día por autores, ya clásicos en el estudio del *burnout*, como Maslach y Jackson (1986), refrendada y matizada después por la misma psicóloga y sus colaboradores (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001) como un síndrome tridimensional (cansancio emocional, reducida realización personal y despersonalización), un proceso de perspectiva psicosocial (con lo que se desmarca de la perspectiva clínica) que conlleva en los sujetos que lo sufren un evidente agotamiento físico, mental y emocional originado por las condiciones y circunstancias en las que se desarrolla el desempeño laboral de los profesionales afectados, lo que repercute negativamente en ellos al mostrar sentimiento de incompetencia, fracaso, incapacidad para ejercer las tareas de la profesión, baja autoestima, desvinculación social y elevadas dificultades para afrontar la situación problemática, sobre todo por la incapacidad de los afectados para comprender el proceso, identificar sus causas y activar estrategias de afrontamiento. En todo caso, advierten los autores citados que no siempre tener algunos de los síntomas del ‘quemado’ verifica que el profesional lo esté ni que, por tanto, de lugar a patologías. Y más que al sujeto, habría que analizar el contexto laboral. Sin embargo, otros autores (Ortega y López, 2004), a diferencia de los anteriores, sostienen que, además de un proceso psicosocial, es un síndrome clínico. Así lo exponen:

... se trata de un síndrome clínico-laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo, aunque se dé en individuos considerados presuntamente “normales” y, por último, se manifiesta por un menor rendimiento laboral y por vivencias de baja realización personal, de insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional. (p. 140)

En el mismo sentido, algunos autores (Garzás y García, 2009; Martínez, 2010) afirman que el contenido del síndrome tiene que ver con una pérdida de las fuentes de energía del sujeto, por la combinación que conlleva el mismo relacionado con la fatiga física, el cansancio emocional y los trastornos físicos, biológicos y cognitivos. Y es fundamental considerar el sentimiento de culpa que experimenta el profesional ‘quemado’, que podría llegar a episodios patológicos de depresión (Figura 1).

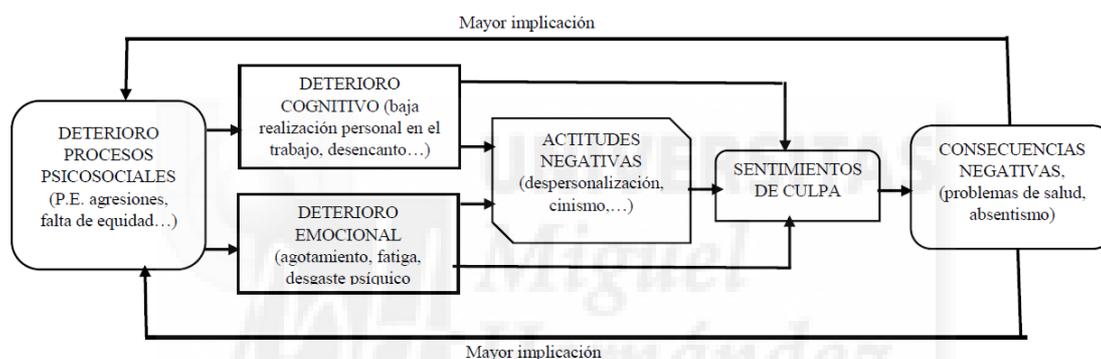


Figura 1. Función de los sentimientos de culpa en el proceso de desarrollo del SQT y sus consecuencias. Esquema tomado del clásico manual de Gil-Monte (2005).

Al respecto, Gil-Monte (2005) diferenció dos perfiles claramente identificados relacionados con el sentimiento de culpa en profesionales afectados de *burnout*. En el primer caso, con una puntuación alta en el test utilizado, y con ausencia declarada de sentimiento de culpa, el diagnóstico sería de *grave*; en el segundo caso, igualmente con puntuaciones altas en el test, pero con sentimiento de culpa en el sujeto investigado, el diagnóstico tornaba en *muy grave*.

Más reciente es el intento de Maslach (2009) por completar y perfeccionar la comprensión y explicación del alcance conceptual del *burnout*. Así, la autora citada habla del síndrome como de un proceso de erosión psicológica resultado de la exposición de los individuos al estrés laboral; sería una respuesta en el tiempo a los estresores inherentes al trabajo y sus circunstancias, que suelen ser estables y duraderos para los que sufren el síndrome porque no encuentran la manera de liberarse de los

condicionamientos socio-ambientales del trabajo, sobre todo su estructura y funcionamiento, que llegan a deshumanizar el trabajo.

Desde esas consideraciones, la autora redefine el *burnout* desde tres dimensiones claves: extenuante agotamiento, sentimiento de cinismo y desapego al trabajo, y sensación de que se obtienen resultados negativos en los logros y eficacia en el mismo. En el primer caso, el trabajador siente un vacío de recursos ante lo que percibe como altas exigencias del desempeño laboral; en el segundo caso, la preocupación y desapego surgen como respuesta a la situación estresante, con respuestas negativas, insensibles y apáticas; por último, la sensación de ineficacia y ausencia de logros según las expectativas se acentúa por la carencia de recursos para hacer frente a los estresores de la profesión, que se agudiza por la percepción de falta de apoyo social y de expectativas laborales de ascenso, con lo que acaece un estado de interiorización negativa, en lo personal y en lo social (Díaz y Gómez, 2011; Gil-Monte, Unda y Sandoval, 2009).

En todo caso, y teniendo en cuenta las diversas denominaciones, conceptualizaciones y perspectivas sobre el *burnout*, en castellano parece aceptado que sea denominado como *Síndrome de estar quemado por el trabajo*; de este modo, se haría referencia inequívoca a un conjunto o cuadro sintomático consecuencia de las situaciones laborales de todo tipo que generan estresores en el desempeño de un trabajo. Por eso, Fidalgo (2000) propuso la siguiente definición general:

Es 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 de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización. (p. 3)

3.2. Modelos teóricos explicativos

Históricamente, se han dado algunos modelos teóricos explicativos del *burnout*, de los que se destacan: el modelo multidimensional (Maslach, 1982, 1993, 2009), considerado hoy como el más clásico; los modelos existenciales de Pines (1993) y Längue (2003); el modelo organizacional (Cox, Kurk y Leiter, 1993), el modelo social

(Bakker, Demerouti y Schaufeli (2006); el modelo profesional (Dworkin, 1987), referido, fundamentalmente al ámbito educativo; y el modelo general propuesto por Gil-Montre (2005, 2007). Y, para simplificar, diversos autores han efectuado una somera clasificación de los modelos explicativos del *síndrome de Burnout*, agrupándolos en cuatro principales (Fidalgo, 2000; Gil-Monte y Peiró, 1997; Guerrero y Vicente, 2001; Ortega y López, 2004; Pines y Yafe, 2001):

- a) Teoría sociocognitiva del Yo.- Explica el desarrollo del síndrome a partir de las variables autoeficiencia, autoconfianza y autoconcepto. Las cogniciones de los sujetos son las responsables de lo que éstos perciben y hacen, pudiendo ir cambiando en función de ciertas prácticas y sus consecuencias, tanto individualmente como observadas en los demás, y la creencia en el grado de seguridad propio. Las emociones y sentimientos iniciales pueden ser modificadas en función de las experiencias que signifiquen ruptura de expectativas con la profesión.
- b) Teoría del intercambio social.- Básicamente, sostiene que el *síndrome de Burnout* tiene su origen en los agravios comparativos de los sujetos, la percepción de falta de equidad y justicia de los jefes, pero también con los pacientes, al considerar que dan mucho más de lo que reciben.
- c) Teoría organizacional.- Esta teoría pone énfasis en los estresores derivados de la estructura organizativa de la empresa o lugar de trabajo; también se refiere al clima en el trabajo en todos los sentidos, tanto en las relaciones verticales y horizontales interpersonales como al diseño y desempeño de los puestos laborales.
- d) Teoría existencial.- Explica el *burnout* por la necesidad imperiosa de toda persona de encontrar un significado a su vida, en la que, obviamente, una parte importante está representada por el ámbito laboral y su desempeño en él. Si el trabajo no proporciona ese significado, la persona se desmotiva, se vuelve vulnerable y aparecen los síntomas del *burnout*. Suele suceder también con personas que tienen unas altas expectativas laborales-profesionales cuando ven que no se cumplen conforme pasa el tiempo.

Estas teorías fueron recogidas por Ortega y López (2004), quienes elaboraron un modelo explicativo que se expone en la figura 2.

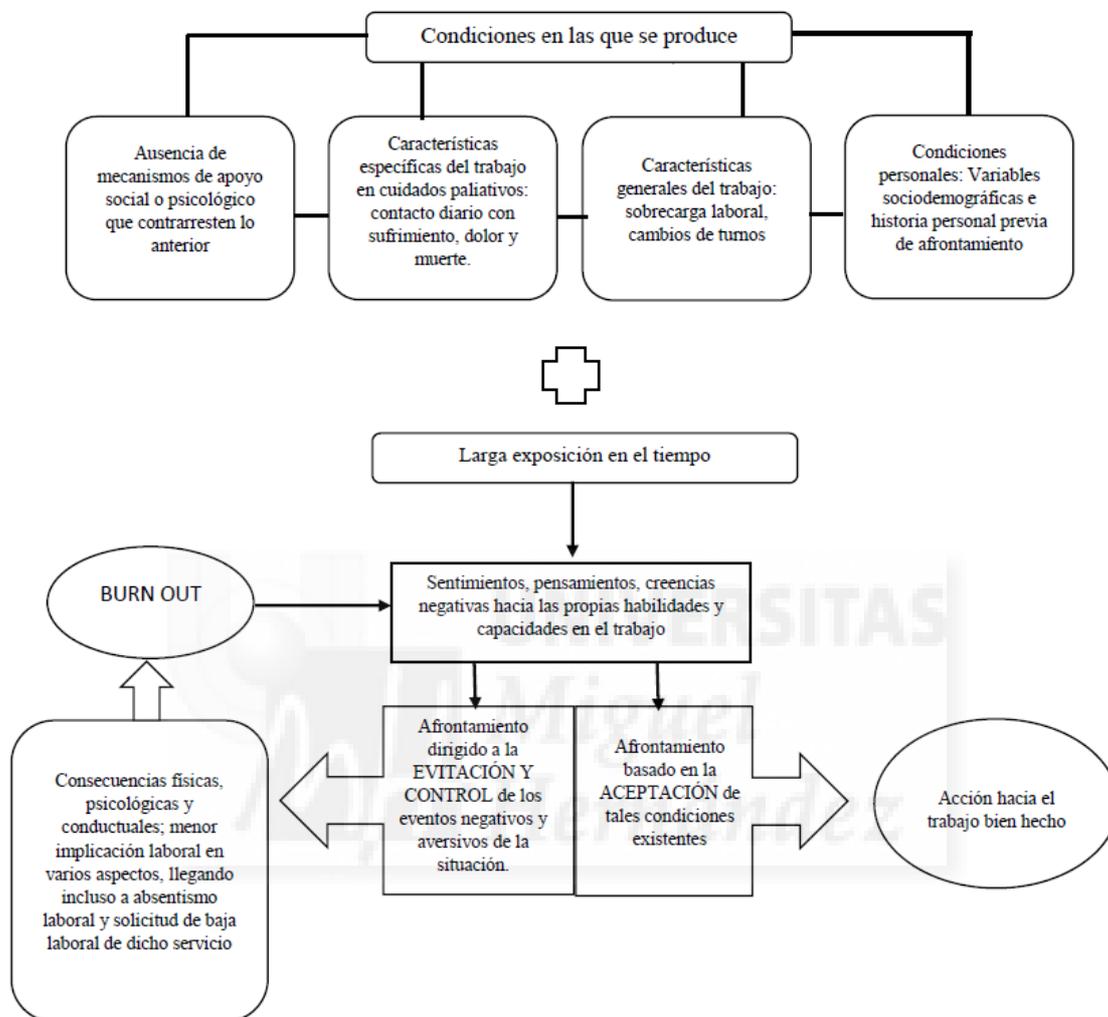


Figura 2. Modelo explicativo de Ortega y López, 2004.

3.3. Causas

El *síndrome de Burnout* surgiría cuando hay un desfase entre las situaciones estresantes y los recursos de que disponga el individuo para afrontarlas, su experiencia para enfrentarse a las diferentes situaciones y el modo de solucionar problemas laborales, ya que el síndrome generalmente se desencadena por los llamados estresores, entre los que se han identificado y clasificado seis categorías: ambiente físico, estructura organizacional, desempeño de roles, estatus laboral, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera profesional (Failde, Carballo, Lameiras y Rodríguez, 2013;

Fidalgo, 2000; Figueiredo, Grau, Gil-Monte y García, 2012; Gil-Monte, 2005, 2007; Lahib y Zarza, 2017; Martínez, 2010; Maslach y Jackson, 1996; Moreno, 2007). En la tabla 1 se exponen esas categorías:

Ambiente físico	Estructura organizacional	Desempeño de roles	Estatus laboral	Relaciones interpersonales	Desarrollo de la carrera profesional
Ruidos	Centralización	Ambigüedad	Turnos	Con los jefes	Posibilidad de ascenso
Iluminación	Estructura muy rígida y jerarquizada	Conflicto	Trabajo nocturno	Con los compañeros	Seguridad Contractual
Temperatura	Complejidad	Sobrecarga	Exposición a riesgos	Con los usuarios	Formación continua desde la empresa
Diseño de puesto	Toma de decisiones	Categoría profesional	Sobrecarga laboral	Distribución de la carga emocional	Valoración objetiva de los méritos
	Exceso de burocracia	Falta de recompensa adecuada	Poca autonomía	Ausencia de apoyo social	
	Falta de coordinación	Desigualdad percibida en el empleo de los recursos humanos			
	Ausencia de autonomía y participación de los trabajadores	Escaso tiempo para la atención al paciente			
	Falta de apoyo instrumental y formación práctica a los trabajadores				

Tabla 1. Categorías desencadenantes del Síndrome de Burnout

Como se puede comprobar, el desarrollo del *síndrome de Burnout*, tiene que ver con factores que, en su mayor parte, son cotidianos en los profesionales de la sanidad y otras profesiones que se desarrollan en ámbitos que tienen que ver con la relación

directa con personas. En todo caso, resaltar que los factores generadores del desarrollo del *burnout* están relacionados con aspectos individuales (como género, edad, personalidad), sociales (en todas sus dimensiones) y estructurales-organizacionales (desempeño del puesto de trabajo y sus circunstancias) (Buendía, 1990). Se trata, sobre todo, de una respuesta al estrés laboral cuando fallan en el sujeto las respuestas de afrontamiento para manejar los estresores, lo que no significa que sea el sujeto la causa del síndrome, ni el ‘responsable’ de la situación, sino que se siente desbordado por las situaciones que se dan en el trabajo y cómo está organizado éste. No obstante, es evidente que también dependerá de la personalidad del sujeto (Buendía, 2006), y de su formación (Capezzutto, 2017), por lo que lo más pertinente será hablar de una interacción de todos esos factores descritos anteriormente (Lazarus, 1993), en un proceso lento pero muchas veces inexorable (Moss, Good, Gozal, Kleinpell y Sessler, 2016).

3.4. Variables personales, demográficas y laborales

Las variables anteriores se complementan con la descripción pormenorizada de las variables de tipo personal, demográfico y laboral; es lo que han estudiado algunos autores (AEEMET, 2016; Amor, 2017; Bernalde de Quirós y Labrador, 2007; De Silva, 2014; Failde, Carballo, Lameiras y Rodríguez, 2013; Gil-Monte, 2005, 2007; Leal-Costa et al., 2015; Martínez, 2010; Maslach y Jackson, 1996; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001; Moreno, 2007; Ortega y López, 2004; Solé, 2017; Tello, Tolmos, Váñez y Vázquez, 2002):

- a) Sexo.- Aunque globalmente no hay diferencias significativas en los diversos estudios consultados y analizados, parece que hay una mayor vulnerabilidad en las mujeres por la llamada “doble jornada”, al tener que conciliar, y no siempre es posible ni tiene por qué ser labor femenina, la vida laboral con la familiar, aunque, como se ha dicho, no hay unanimidad en los autores citados al señalar la mayor prevalencia del síndrome en las mujeres.
- b) Edad-antigüedad.- Hay estudios sobre los Médicos Internos Residentes (MIR) que concluyen que cerca del 40% sufren las características del profesional ‘quemado’ al terminar su etapa formativa en los hospitales (Grau y Suñer,

2011). Esto llevaría a la conclusión de que los jóvenes médicos son más vulnerable al *burnout* y que la experiencia puede mitigar sus efectos, aunque no siempre es así, pues a mayor edad también hay mayores probabilidades de sufrir el síndrome, por el cansancio obvio y porque las posibilidades de realización personal y de ascenso profesional no siempre son positivas y se van alejando de las expectativas iniciales. Por tanto, parece que sobre los 30 años, y en la franja de los 50 años existen los mayores riesgos de adquisición del síndrome.

- c) Estado civil-hijos.- En realidad, los autores citados no encuentran mayores evidencias de relación causal en esta categoría, aunque generalmente se sostiene que los profesionales de la sanidad solteros tendrían mayor riesgo de sufrir *burnout*, fundamentalmente por la falta de apoyos familiares que puede dar la pareja; y lo mismo se podría decir de separados, divorciados y viudos, aunque no hay demasiado acuerdo en estas percepciones y declaraciones. Del mismo modo, tener hijos parece que disminuye los riesgos del síndrome, por la madurez y responsabilidad que tienen los padres, que suelen trasladarla al trabajo, aunque también es cierto que los hijos suponen en algunos padres mucha mayor carga emocional.
- d) Turnicidad.- Está demostrado que, cuando el turno de trabajo se da en horario nocturno (de 10 de la noche a 6 de la mañana), se tiene que hacer un esfuerzo adicional, con lo que se han detectado efectos nocivos para la salud psicosocial, con alteraciones de las capacidades físicas y mentales. En esta categoría hay mayor acuerdo entre los autores.
- e) Relación contractual-sueldo.- Organismos europeos como la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (AESST, 2015) consideran esta categoría como uno de los riesgos más importantes entre los denominados “emergentes”; y se ha demostrado (De Witte, Else y De Cuiper, 2013; Standing, 2011) que la incertidumbre laboral puede ser más nociva que otros riesgos tradicionales por la situación de miedo real a ser un excluido social.
- f) Sobrecarga laboral.- En principio, tener sobrecarga laboral significa mayores esfuerzos físicos y mentales, más índice de estrés, con el consiguiente

agotamiento físico, intelectual y emocional, además de resentirse la calidad de las prestaciones profesionales.

- g) Relaciones interpersonales en el trabajo.- Este tipo de relaciones son fundamentales en los seres humanos, y son elementos básicos para la buena convivencia en los hospitales. Tanto la relación vertical, con los responsables de los servicios médicos, como la horizontal, con los compañeros, pueden verse afectadas en esos grupos de profesionales a la hora de facilitar el trabajo coordinado.
- h) Organización del trabajo.- Es otro de los factores importantes a la hora de explicar la aparición del *burnout*, porque la organización de un servicio médico es también, puede serlo, fuente de conflictos psicosociales, dando lugar a episodios de monotonía, malas ejecuciones, ausencia de expectativas positivas, etc.
- i) Resiliencia-personalidad.- Y, naturalmente, el tipo de personalidad del profesional y su resiliencia a los problemas y circunstancias adversas, son factores que también determinarán la posibilidad de sufrir *burnout*.

3.5. Síntomas

Entre los diversos síntomas asociados al *burnout*, destacan tres grupos principales: físicos-biológicos, emocionales-cognitivos y conductuales-sociales (Amor, 2017; Failde, Carballo, Lameiras y Rodríguez, 2013; Gálvez, Gómez, Martín y Ferrero, 2017; Gálvez, Moreno y Mingote, 2013; Gil-Monte, 2005, 2007; Heras, Alonso y Gómez, 2017; Lahib y Zarza, 2017; Martínez, 2010; Maslach y Jackson, 1996; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001; Moreno, 2007; Ortega y López, 2004; Rodríguez, 2012).

De los síntomas físicos-biológicos, estos autores destacan las alteraciones cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria, palpitaciones), alteraciones gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal), alteraciones respiratorias (asma, resfriados frecuentes), alteraciones del sueño (insomnio), alteraciones dermatológicas, alteraciones menstruales, disfunciones sexuales, dolores

musculares o articulares, fatiga crónica, cefaleas y migrañas, malestar general, pérdida de peso y alergias.

Referente a los síntomas emocionales y cognitivos se cita la ansiedad generalizada y focalizada en el trabajo, la depresión, irritabilidad, disforia, baja autoestima, falta de motivación, baja satisfacción laboral, dificultades de concentración, distanciamiento emocional, sentimientos de frustración profesional, deseos de abandonar el trabajo, impaciencia, impotencia, hostilidad, melancolía, autovaloración negativa, dificultades para la memorización y suspicacia.

Finalmente, y en relación a los síntomas conductuales y sociales, se destaca: absentismo laboral, abuso de drogas legales e ilegales (café, tabaco, alcohol...), aumento de conductas violentas y de elevado riesgo (conducción temeraria, ludopatía), alteraciones de la conducta alimentaria, disminución de la productividad, falta de competencia, deterioro de la calidad de servicio, cambios bruscos de humor, incapacidad para vivir de forma relajada, dificultad de concentración, cinismo, ironía, aislamiento, irritabilidad, impulsividad, apatía, enfado frecuente. La tabla 2 da una visión de conjunto.

COGNITIVOS	AFECTIVO-EMOCIONALES	ACTITUDINALES	OTROS	SIGNOS
Sentirse contrariado	Nerviosismo	Falta de ganas de seguir trabajando	Conductuales	Hipertensión arterial
Sentir que no se valora el trabajo que se hace	Mal humor. Irritabilidad	Apatía	Aislamiento	Taquicardia
Percepción de incapacidad para realizar la tarea	Enfado y disgusto	Irresponsabilidad	Negarse a colaborar	Trastornos gastrointestinales
Sentirse desbordado	Frustración	Absentismo	Desconsideración en las respuestas	Cardiopatía isquémica
Sentimiento de hacerlo mal	Agresividad	Desgana	Enfrentamientos constantes	Trastornos del sueño
Falta de control	Desencanto	Hartazgo	Alteraciones físicas	Desórdenes menstruales

El síndrome de Burnout en el ámbito sanitario. Un análisis en las consultas externas hospitalarias.

Visión negativa de todo	Aburrimiento	Intolerancia, sobre todo con los pacientes	Cansancio y fatiga crónicos	
Cualquier trabajo se hace una montaña	Agobio	Impaciencia	Cefaleas	
Sensación de no mejorar	Tristeza y depresión	Quejarse de todo y por todo	Dolores musculares	
Inseguridad	Desgaste emocional	Evaluación negativa hacia los compañeros		
Creer que el trabajo realizado no vale la pena	Angustia	Ruptura con el entorno laboral		
Pérdida de autoestima	Sentimiento de culpa	Ver al paciente como un enemigo		
		Frialdad con los pacientes		
		Indiferencia hacia los pacientes		

Tabla 2. Síntomas del síndrome de Burnout. Tabla inspirada en De la Gándara, 1998; Gil-Monte, 2007; Rodríguez, 2012.

3.6. Evolución del síndrome

En cuanto a la evolución del *síndrome de Burnout*, diversos autores (Bernaldo de Quirós y Labrador, 2007; Carballo, Lameiras y Rodríguez, 2013; Fidalgo, 2000; Figueiredo, Grau, Gil-Monte y García, 2012; Gálvez, Gómez, Martín y Ferrero, 2017; Heras, Alonso y Gómez, 2017; Martínez, 2010; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001; Moreno, 2007; Gil-Monte, 2007) han identificado cinco etapas por las que atraviesa el trabajador hasta el desarrollo del síndrome:

- a) Primera etapa: entusiasmo e idealismo.- En esta primera fase, el trabajador percibe y experimenta su profesión como un trabajo estimulante, lleno de energía y con elevadas aspiraciones y expectativas. No importa alargar la jornada laboral. Si aparecen conflictos, se interpretan y asumen como pasajeros y solucionables.

- b) Segunda etapa: estancamiento.- Pasa un tiempo y las percepciones y expectativas (altas) que se tenían sobre el trabajo y la profesión comienzan a declinar; el trabajador cree que, aún esforzándose, tendrá muchas dificultades para conseguir sus expectativas y objetivos profesionales; entonces aparece un desajuste entre las demandas laborales y los recursos del trabajador, que empieza a creer que no podrá dar una respuesta eficaz a la situación..
- c) Tercera etapa: frustración.- En esta etapa comienzan a aparecer los síntomas del *burnout* de una manera clara, con desmotivación, desilusión, desmoralización y cierta desactivación laboral (el trabajo comienza a carecer de sentido), unido a problemas físicos, emocionales y conductuales. Se produce la imposibilidad física y psíquica de seguir adelante en el trabajo, y, al final de la etapa, hay síntomas evidentes de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.
- d) Cuarta etapa: apatía.- Hay un 'enfrentamiento defensivo', con tendencia a tratar a compañeros y pacientes de una forma distante y mecánica, porque cree el afectado que, si no es posible cambiar las situaciones, lo mejor es desvincularse de todo lo relacionado con el trabajo.
- e) Quinta etapa: distanciamiento y fase de 'quemado'.- La frustración crónica por las condiciones del trabajo llevan al sujeto a sentimientos de vacío y desvinculación, no sólo con lo relacionado con el trabajo, sino familiar y socialmente. Hay un colapso emocional y cognitivo. El afectado acude al trabajo como una obligación de subsistencia, aparecen rasgos de la personalidad que antes no existían, como el cinismo, y comportamientos anómalos, tensión constante, preocupación por cosas pequeñas, ansiedad y fatiga de forma crónica.

3.7. Repercusiones-consecuencias

Las etapas descritas anteriormente tienen su corolario en las repercusiones que tienen en el sujeto, tanto a nivel laboral como personal y social. La tabla 3 es el exponente de ello:

El síndrome de Burnout en el ámbito sanitario. Un análisis en las consultas externas hospitalarias.

Psicosomáticas	Conductuales	Emocionales	Familiares	Sociales
Cansancio	Absentismo laboral	Agotamiento emocional	Aumento de problemas con la pareja y/o los hijos	Actitud negativa ante la vida
Agotamiento	Cambios de humor	Sentimiento de culpa	Conflictos con otros familiares	Baja calidad de vida
Fatiga crónica	Consumo de sustancias psicoactivas	Tedio		
Cefaleas	Incapacidad para vivir de manera relajada	Sensación de impotencia y desorientación		
Trastornos intestinales	Conductas despersonalizadas con compañeros y usuarios	Sentimiento de soledad		
Trastornos del sueño	Superficialidad en los contactos con las personas	Baja tolerancia al fracaso y la frustración		
Dolores musculares	Desconcentración			

Tabla 3. Consecuencias del síndrome de burnout (Producción propia basada en: Failde, Carballo, Lameiras y Rodríguez, 2013; Gil-Monte, 2005, 2007; Martínez, 2010; Maslach y Jackson, 1996; Moreno, 2007)

Por tanto, el personal sanitario tiene una serie de riesgos que pueden ser agrupados en tres instancias: las que inciden directamente en la salud física (alteraciones gastrointestinales, cardiovasculares, fatiga crónica, cefaleas y migrañas, asma, alteraciones del sueño, etc.), las que repercuten en la salud psicológica (ansiedad, depresión, irritabilidad, baja autoestima, desvinculación, frustración, etc.) y, finalmente,

las que tienen consecuencias en el ámbito laboral (absentismo laboral, bajo rendimiento, consumo de sustancias tóxicas, falta de competencia, etc.). Pero, a juicio de Flórez (2003), el rasgo significativo más determinante es el *vacío*, un vacío de sentido, de realización y autorrealización, que aleja al afectado de una existencia normalizada. Todo ello conlleva un gran aumento de costes personales, económicos y sociales, por lo que no cabe duda de que el *síndrome de Burnout* es un problema social y de salud pública de primer orden (Aranda, Pando, y Pérez, 2004; De la Gándara, 2002; Flórez, 2002; Garzás y García, 2009; Ortega y López, 2004).

3.8. Diagnóstico

Para realizar estudios diagnósticos cuantitativos, utilizando escalas psicométricas para determinar el grado de prevalencia del síndrome y los antecedentes más relevantes que originan su desarrollo, suele utilizarse, sobre todo, el cuestionario *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Maslach y Jackson, 1986; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001), adaptado al español por Seisdedos (1997). En la actualidad se pueden encontrar en la literatura especializada tres versiones del MBI: *El MBI-Human Services Survey* (MBI-HSS), el *MBI-Educators Survey* (MBI-ES) y el *MBI-General Survey* (MBI-GS). Otros instrumentos de medida son el *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse en el Trabajo* (CESQT) (Gil-Monte, 2011); el *The Staff Burnout Scale for Health Professional* (SBS) (Jones, 1980); el *Tedium Scales* (TS) (Pines, Aranson y Kafry, 1981); el *Brief COPE* (Morán, Landero y González, 2010); el *The Gillespie-Numerof Burnout Inventory* (GNBI) (Gillespie y Numerof, 1984), *Efectos Psíquicos del Burnout* (EPB) (García, 1995) y el *Perceived Stress Scale* (EEP), en versión validada y adaptado al español (Trujillo y González-Cabrera, 2007).

Del mismo modo, se han realizado estudios de corte cualitativo (Escribá y Bernabé, 2002), aunque no es lo habitual, y es evidente que, para una adecuada evaluación del *síndrome de Burnout* son muy importantes los estudios cuantitativos (el presente TFM lo es), pero también se deberían complementar con otros instrumentos de evaluación de corte más cualitativo, entrevistando a los protagonistas, por ejemplo. De este modo, no sólo se tendría datos explicables, como es el caso de este TFM, sino percepciones subjetivas, que completarían el diagnóstico en relación a los diversos síntomas que presentan los sujetos, análisis de las circunstancias laborales y personales

El síndrome de Burnout en el ámbito sanitario. Un análisis en las consultas externas hospitalarias.

de todo tipo; ello, para identificar los estresores presentes en un ámbito laboral o que pudieran aparecer en el futuro, con lo que el propio diagnóstico sería un elemento clave para la prevención. Quizá pueda ser una buena idea para una futura Tesis Doctoral.



4. MÉTODO

Se ha realizado un estudio descriptivo de prevalencia transversal, para evaluar el *síndrome de Burnout* en una muestra de personal sanitario (Facultativos Especialistas, Médicos Internos Residentes, profesionales de Enfermería y Técnicos Auxiliares de Enfermería) de las consultas externas de un hospital. El tipo de muestreo fue por conveniencia, no probabilístico, seleccionando a todo el personal sanitario del Centro.

4.1. Contexto

El contexto de la investigación fue el del Hospital “Virgen del Castillo”, de Yecla, del Área V de Salud de la Región de Murcia. Atiende a una población diana de 60000 habitantes, con 3 centros de salud adscritos, 2 en Yecla y otro en Jumilla, y 2 consultorios, uno en Barrio San Juan, Jumilla y el otro en Raspay, Yecla. Hay diariamente 30 consultas en el hospital propiamente dicho, y otras 10 en el centro de especialidades situado en la población de Jumilla.

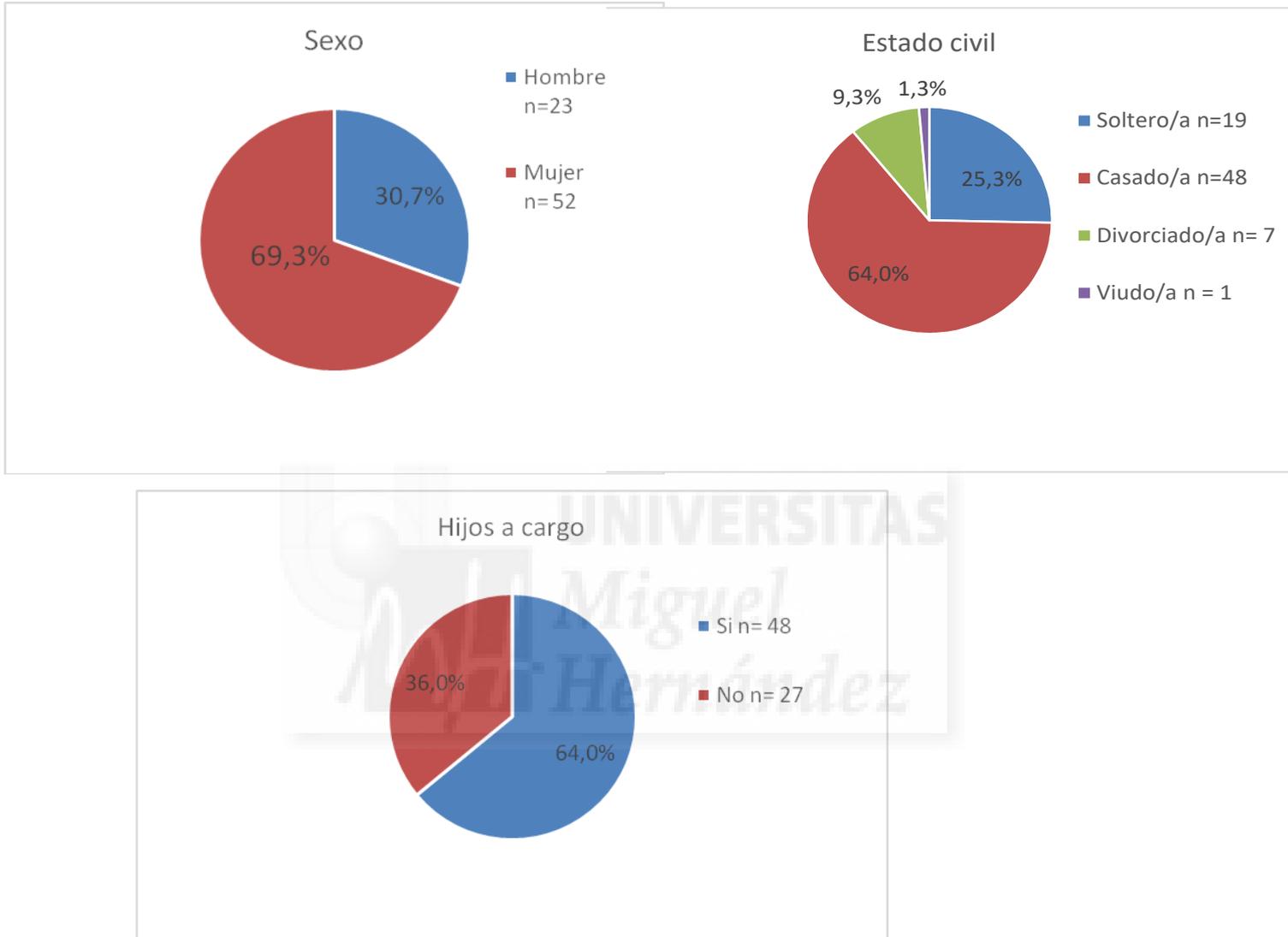
4.2. Población y muestra

De una población de 98 profesionales de la sanidad que trabajan en las consultas externas, como criterio de inclusión se utilizó el de estar trabajando en estos momentos en las consultas externas y ser parte de los colectivos estudiados: médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería. Como criterios de exclusión se utilizaron los siguientes: no ser personal sanitario en dicha área, no tener actividad en las consultas externas, no tener contacto directo con pacientes y tener algún diagnóstico de enfermedad mental.

Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo una muestra final en el estudio de 75 trabajadores de las cuatro categorías profesionales anteriormente señaladas: Facultativos Especialistas, Médicos Internos Residentes, profesionales de la Enfermería y Técnicos Auxiliares de Enfermería.

El síndrome de Burnout en el ámbito sanitario. Un análisis en las consultas externas hospitalarias.

Las edades de esos profesionales están comprendidas entre los 25 y los 65 años, con una media de edad de 42,17 años (DT= 11,75); en su mayoría son mujeres (69,33%), casadas (64%) y con hijos a su cargo (64%). (Figuras 3, 4 y 5).



Figuras 3,4 y 5. Características demográficas de la muestra

En función de las variables relacionadas con el trabajo (Tabla 4), conviene señalar que el 34,7 % de los encuestados son Especialistas, el 12 % Médicos Internos Residentes, el 26,7% personal de Enfermería, y el 26,7% Técnicos auxiliares de enfermería.

En relación con el tipo de contrato, el 58,7% de los encuestados tienen un contrato eventual, el 53,3% realiza guardias.

Considerando el número de pacientes que deben atender (y atienden), hay un 30,7% (n = 23) que considera que el número de pacientes es el adecuado, mientras que para el 69,3% (n = 52) resulta excesivo el cupo asignado.

Con respecto a los años de ejercicio profesional, la media fue de 16,24 años (Mín. – Máx.: 1 – 40, DT = 10,5).

Las características laborales de la muestra quedan reflejadas en la tabla 4 que sigue a continuación.

		N	Porcentaje
Profesional	Facultativo	26	34,7%
	Especialista		
	MIR	9	12,0%
	Enfermero/a	20	26,7%
	Técnico Auxiliar de enfermería	20	26,7%
Tipo de Contrato	Fijo	31	41,3%
	Eventual	44	58,7%
Realiza Guardias	Si	35	46,7%
	No	40	53,3%
Nº de Pacientes Atendidos	Insuficiente	0	0,0%
	Adecuado	23	30,7%
	Excesivo	52	69,3%

Tabla 4. Características laborales de la muestra.

4.3. Procedimiento

Se pidió a los participantes del estudio que cumplimentasen el cuestionario, acompañado de un escrito de consentimiento (que se adjunta en ANEXO), se les garantizó el anonimato y el uso ético de los resultados de la investigación. Se pasó a todos los participantes, que contestaron en un porcentaje cercano al 80%. Los cuestionarios fueron entregados a los profesionales sanitarios del Hospital “Virgen del Castillo”, de Yecla, y del centro de especialidades de Jumilla, entre los meses de abril y

mayo del 2018, para poder realizar la recopilación y estudio posterior de las encuestas realizadas.

4.4. Instrumentos de recogida de información

En el estudio de este TFM se han utilizado dos cuestionarios: uno para la recogida de datos socio-demográficos y profesionales, y otro consistente en la clásica escala *Maslach Burnout Inventory* (MBI) adaptada al español por Seisdedos (1997). En el primer caso, se han recogido los datos demográficos, personales y profesionales en relación al sexo, edad, hijos al cargo, tipo de contrato, etc., cuyo contenido se registra en el ANEXO 1 de este trabajo.

Como se ha dicho, para valorar la prevalencia del síndrome de *burnout* se utilizó el Inventario MBI (ANEXO 2) en su versión española (Maslach y Jackson, 1986; Seisdedos, 1997), el que generalmente se utiliza en estos estudios, que incluye 22 ítems orientados a medir el estrés laboral asistencial mediante la valoración de tres dimensiones: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) e ineficiencia y realización personal (RP) a través de una escala tipo Likert de 7 opciones que el encuestado valora mediante un rango de seis adverbios, que van desde el “nunca” a “diariamente” la frecuencia con que experimentan las situaciones que se describen en cada ítem. En esta versión española se obtuvo una consistencia interna, mediante el alfa de Cronbach, de 0.90 para la escala CE, 0.79 para DP y 0.71 para RP. También se encontró una fiabilidad test-retest (intervalo de 2 a 4 semanas) de 0.82 para CE, 0.60 para DP y 0.80 para RP. La puntuación para cada subescala se obtiene al sumar los puntos correspondientes a las respuestas de cada pregunta. De este modo, para CE hay 9 cuestiones (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20), con una puntuación máxima de 54 puntos, y, lógicamente, cuanto más se acerca la puntuación a esos 54 puntos, habrá evidencias de mayor cansancio emocional; para DP hay cinco ítems (5, 10, 11, 15 y 22), con una puntuación máxima de 30 puntos, que intentan descubrir objetivamente la relación con el paciente: impersonal, fría, distante, indiferente, ausencia de sentimientos e insensibilidad, y también una puntuación alta significará mayor despersonalización; finalmente, en RP hay ocho ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21), con puntuación máxima de 48 puntos para descubrir posibles sentimientos de baja autoestima e insuficiencia personal, pero, en este caso, a mayor puntuación, menos *burnout* y más realización personal y alta autoestima.

En los resultados de sumar las puntuaciones de los ítems se considera que, si una persona obtiene una alta puntuación en, al menos, dos dimensiones estudiadas, ese individuo puede estar afectado del síndrome de Burnout, sobre todo si esas dimensiones de puntuación alta son las de cansancio emocional (CE) y despersonalización (DP).

En ese sentido, para pulsar la prevalencia del síndrome en la población estudiada, se ha tenido en cuenta la siguiente tabla establecida por los clásicos Maslach y Jackson (1986).

	CANSANCIO EMOCIONAL	DESPERSONALIZACIÓN	REALIZACIÓN PERSONAL
ALTO	> 27 puntos	> 13 puntos	< 31 puntos
MEDIO	17-26 puntos	7-12 puntos	32-38
BAJO	< 16 puntos	< 6 puntos	> 39 puntos

Las escalas fueron sometidas a fiabilidad mediante el Alfa de Crombach; y las correlaciones entre las variables cuantitativas fueron analizadas mediante el coeficiente de Pearson.

Se anexa también (ANEXO 3) un escrito de consentimiento y tratamiento ético de los resultados.

4.5. Análisis de datos

Para el análisis descriptivo se ha utilizado un procedimiento clásico y básico: para las variables cualitativas, se han registrado el número de casos en cada categoría profesional estudiada, con el porcentaje correspondiente; y, para las variables cuantitativas, se han elaborado los valores mínimo, máximo, la media y la desviación típica.

De este modo, una vez recogida la información, se hizo el tratamiento estadístico mediante el paquete del programa SPSS, versión 22, para Windows. Se llevaron a cabo

El síndrome de Burnout en el ámbito sanitario. Un análisis en las consultas externas hospitalarias.

los siguientes análisis estadísticos, considerando un error tipo alfa máximo del 5% (p-valor menor a 0.05) y contraste bilateral:

- a) Análisis descriptivo de las características de los sujetos, mediante frecuencias, porcentajes para las variables del tipo nominal, medidas de tendencia central (Media) y de dispersión para las variables continuas.

- b) Para conocer la relación entre las variables, se utilizó la Chi cuadrado, para variables dicotómicas, y la t de Student para la comparación de las variables dicotómicas con variable cuantitativas, después de comprobados los supuestos de normalización con el test de Shapiro-Wilk, y de homogeneidad de varianzas con el test de Levene.

- c) Y, como se dijo anteriormente al hablar de las escalas, las correlaciones entre las variables cuantitativas fueron analizadas mediante el coeficiente de Pearson.



5. RESULTADOS

Se pasa ahora a exponer los resultados en función de los objetivos planteados en este Trabajo Fin de Máster:

El primer objetivo específico planteado fue: *Recoger la opinión de los trabajadores de las consultas externas sobre la valoración general que de ellos hacen familiares, pacientes, compañeros y jefes.*

Al respecto, en la *Tabla 5* se muestra el análisis descriptivo de la opinión que tienen los trabajadores sobre si se sienten valorados o no por sus familiares, pacientes, compañeros y superiores. En esa tabla se observa que hay una alta percepción de valoración positiva por parte de familiares, compañeros y pacientes en más del 89% de los casos, descendiendo al 76 % en el caso de la valoración por parte de los superiores.

Valorado		Recuento	% del N de columna
Pacientes y familiares	Si	67	89,3%
	No	8	10,7%
Compañeros	Si	73	97,3%
	No	2	2,7%
Superiores	Si	57	76,0%
	No	18	24,0%

Tabla 5. Visión de los profesionales sanitarios sobre su valoración.

El segundo objetivo específico formulado en este TFM, y núcleo central del trabajo era: *Identificar las dimensiones y variables del síndrome de Burnout que repercuten más negativamente en los grupos profesionales estudiados.*

Como se puede comprobar en la Figura 6, se muestra el análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas en las dimensiones de la escala de Maslach por los

El síndrome de Burnout en el ámbito sanitario. Un análisis en las consultas externas hospitalarias.

profesionales sanitarios encuestados, que permitirá tener una visión global de la situación de los profesionales con respecto al *burnout*. La puntuación media obtenida en cansancio emocional fue de 15,31 puntos ($DT = 10,27$), lo que indica un nivel bajo de cansancio emocional por el trabajo. La puntuación media obtenida en despersonalización fue de 6,65 puntos ($DT = 4,55$), mostrando un nivel medio de riesgo de padecerlo. En último lugar, la puntuación media obtenida en la dimensión de realización personal es de 39,67 puntos ($DT = 4,81$)

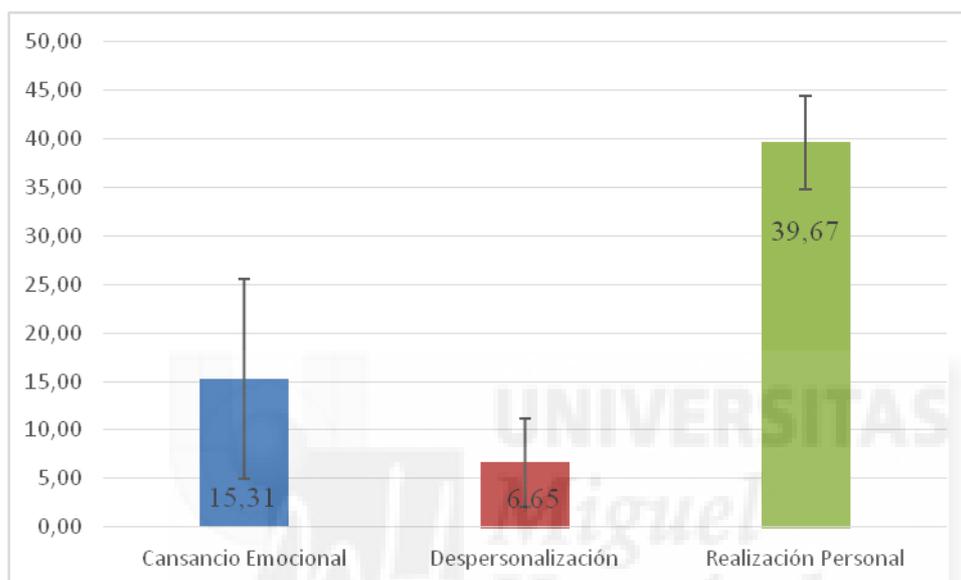


Figura 6. Media y desviación típica dimensiones del *burnout*.

Del mismo modo, en la figura 7 se exponen los resultados globales en las tres dimensiones clásicas estudiadas con el cuestionario BMI. En general, en las tres dimensiones estudiadas: cansancio emocional, despersonalización y realización personal, los encuestados presentan resultados de bajo riesgo de desarrollar *burnout*, 74,70%, 50,70 y 58,70% respectivamente. Es importante destacar el alto porcentaje de riesgo medio y alto de desarrollarlo en las categorías de despersonalización y de realización personal, llegando al 49,30% en el primer supuesto y el 31,30% en el segundo.

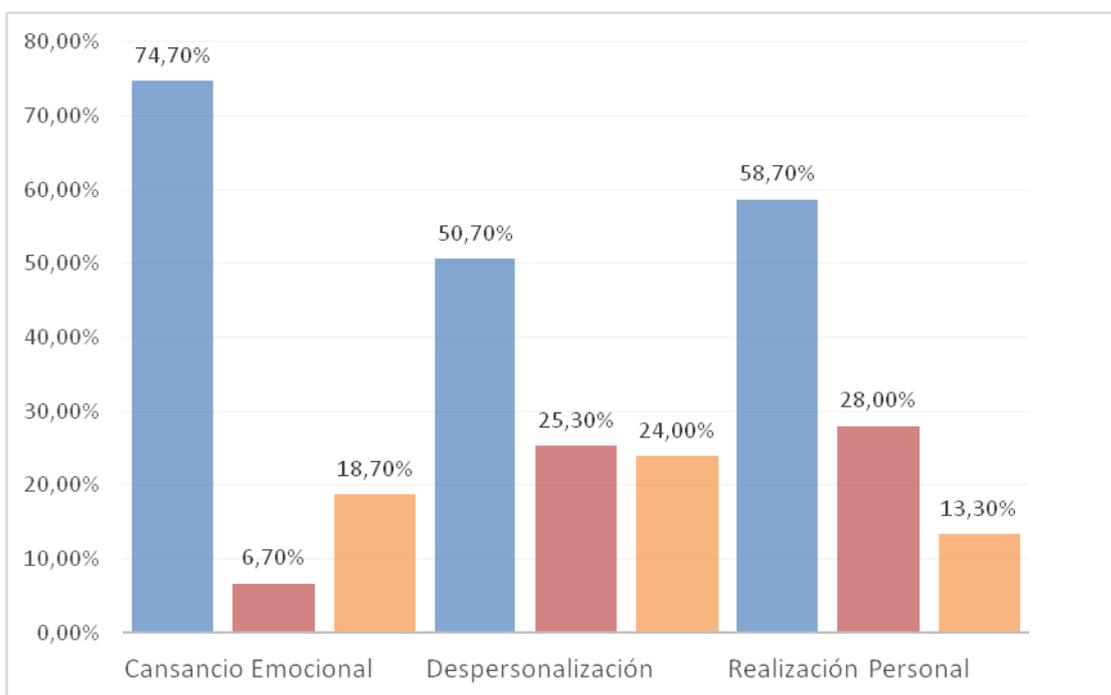
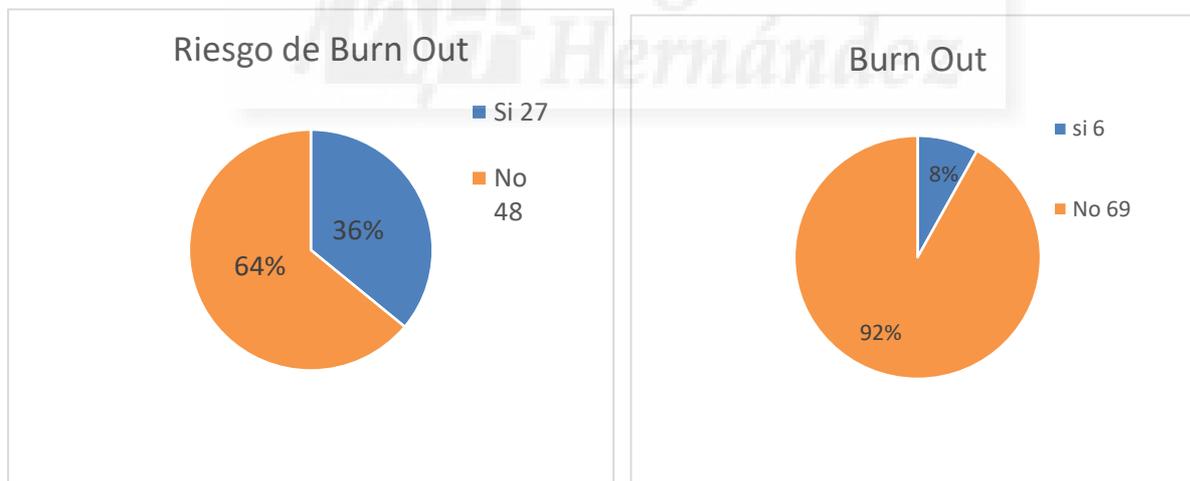


Figura 7 Riesgo de Burnout según dimensiones

Igualmente, se evidencia la alteración de una las tres dimensiones estudiadas en el 36% de la muestras, estando este porcentaje en riesgo de *burnout*, o pre *burnout*. Solamente se observa afectación conjunta de las tres dimensiones en el 8 % de la muestra (“burnout”). (Figuras 8 y 9).



Figuras 8 y 9.

Referente a la variable sexo, en la *Tabla 6* se muestra la media y desviación típica de las puntuaciones obtenidas, así como el resultado de las pruebas t-Student realizadas para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en dichas dimensiones. El resultado es que no se han encontrado diferencias significativas en ninguna de las tres dimensiones estudiadas entre hombres y mujeres.

El síndrome de Burnout en el ámbito sanitario. Un análisis en las consultas externas hospitalarias.

Dimensión, media (DT)	Sexo		Diferencia medias	Prueba t-Student	
	Hombre (n = 23)	Mujer (n = 52)		t(75)	P-valor
Cansancio emocional	16,35 (9,528)	14,85(10,64)	1,5	0,581	0,563
Despersonalización	6,96(4,734)	6,52(4,50)	0,437	0,382	0,382
Realización personal	38,48(5,342)	40,19(4,52)	-1,714	-1,432	0,156

Tabla 6. Descriptivo y comparación puntuaciones dimensiones del Burnout según sexo.

Al evaluar el estado civil como otra variable que puede influir en el *síndrome de Burnout*, se compararon los dos grupos más numerosos, casados y solteros, obteniendo una diferencia significativa en cuanto al apartado de cansancio emocional, concretamente 16,33 puntos en los casados, frente a los 11,58 en los solteros. Sin embargo, en las dimensiones de despersonalización y de realización personal no se han obtenido diferencias significativas entre los profesionales sanitarios casados y los solteros.

Dimensión, media (DT)	Estado civil		Diferencia medias	Prueba t-Student	
	Casado (n = 51)	Soltero (n = 19)		t(70)	P-valor
Cansancio emocional	16,33 (10,12)	11,58(7,03)	-4,754	2,184	0,034
Despersonalización	6,77 (4,759)	6,63 (3,79)	-139	-0,114	0,91
Realización personal	39,40 (5,11)	41,11 (3,48)	1,709	1,338	0,185

Tabla 7. Descriptivo y comparación puntuaciones dimensiones del Burnout según estado civil.

Y, relacionado con la variable anterior, en la Tabla 8 se puede apreciar que no se observan diferencias significativas en la puntuación de las tres dimensiones del *burnout* estudiadas, tengan o no tengan a cargo a hijos.

Dimensión, media (DT)	Hijos		Diferencia medias	Prueba t-Student	
	Si (n = 48)	No (n = 27)		t(75)	P-valor
Cansancio emocional	16,48 (11,68)	13,22 (6,83)	3,26	1,325	0,189
Despersonalización	6,5(5,03)	6,93 (3,60)	-0,426	-0,387	0,7
Realización personal	38,96 (5,25)	40,93 (3,69)	-1,968	-1,722	0,089

Tabla 8. Descriptivo y comparación puntuaciones dimensiones del Burnout según hijos.

Para determinar la posible relación entre la edad de los profesionales de la salud y las dimensiones del *burnout*, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson (r) cuyos resultados se muestra en la Tabla 9. En la dimensión del cansancio emocional se evidencia una relación estadísticamente significativa, con una mayor puntuación y, por lo tanto, mayor riesgo de sufrir el síndrome a mayor edad. Sin embargo, las puntuaciones de las dimensiones de despersonalización y de realización personal no mostraron una relación estadísticamente significativa con la edad de los profesionales.

Edad	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
R	0,306	0,06	-0,223
p -valor	0,008	0,601	0,054

Tabla 9. Correlación entre la edad y la puntuación dimensiones del Burnout.

Teniendo en cuenta la variable relación contractual, existe una mayor puntuación en el personal fijo, estadísticamente significativa en la dimensión de cansancio emocional con respecto a los eventuales. En el resto de dimensiones las diferencias de puntuación no han sido significativas. (Tabla 10).

Dimensión, media (DT)	Tipo contrato		Diferencia medias	Prueba t-Student	
	Fijo n= 31	Eventual n=44		t(75)	P-valor
Cansancio emocional	19,81 (11,75)	12,14 (7,78)	7,67	3,18	0,003
Despersonalización	7,81 (4,78)	5,84 (4,24)	1,97	1,87	0,65
Realización personal	38,48 (5,23)	40,50 (4,36)	-2,02	-0,181	0,074

Tabla 10. Descriptivo y comparación puntuaciones dimensiones del Burnout según tipo de contrato.

Sin embargo, en la variable “guardias” no se evidencian diferencias significativas en las puntuaciones de las dimensiones del *burnout* entre los profesionales sanitarios que realizan guardias y los que no las realizan (Tabla 11).

El síndrome de Burnout en el ámbito sanitario. Un análisis en las consultas externas hospitalarias.

Dimensión, <i>media (DT)</i>	Guardias		Diferencia medias	Prueba t-Student	
	Si n= 35	No n=40		t(75)	P-valor
Cansancio emocional	15,97 (9,46)	14,73 (11,01)	1,25	0,522	0,603
Despersonalización	7,66 (4,77)	5,78 (4,20)	1,88	1,82	0,073
Realización personal	39,54 (4,35)	39,78 (5,24)	-0,23	-0,21	0,837

Tabla 11. Descriptivo y comparación puntuaciones dimensiones del Burnout según realización de guardias

En la variable relacionada con el número de pacientes atendidos o por atender, se observan diferencias en las puntuaciones, estadísticamente significativas, de las dimensiones de cansancio emocional y realización personal, entre los encuestados que consideran que atienden a un número excesivo de pacientes y entre los que lo consideran un número adecuado, observando una mayor alteración y puntuaciones más alteradas en los que consideran que atienden un número excesivo de pacientes. (Tabla 12).

Dimensión, <i>media (DT)</i>	Nº Pacientes atendidos		Diferencia medias	Prueba t-Student	
	Adecuado n= 23	Excesivo n=52		t(75)	P-valor
Cansancio emocional	9,04 (5,28)	18,08 (10,75)	-9,03	-4,87	<0,001
Despersonalización	5,65 (4,16)	7,10 (4,67)	-1,44	-1,274	0,207
Realización personal	41,43 (4,8)	38,88 (4,65)	2,55	2,17	0,033

Tabla 12. Descriptivo y comparación puntuaciones dimensiones del Burnout según nº pacientes atendidos

Los años de experiencia profesiones presentan una correlación estadísticamente significativa con la realización personal, de correlación negativa, por lo que a mayor número de años de experiencia, menor puntuación en esta dimensión. En las otras dos dimensiones no se han obtenido resultados estadísticamente significativos. (Tabla 13).

	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
Años de experiencia			
<i>R</i>	0,223	-0,047	-0,25
<i>p</i> -valor	0,054	0,686	0,031

Tabla 13. Correlación entre los años de experiencia con las puntuaciones en las dimensiones del Burnout.

En el primer objetivo se hablaba de la percepción sobre la valoración general de los profesionales por pacientes, familiares, compañeros y jefes. Al llevar la comparación al terreno de las dimensiones del *burnout* (Tabla 14), no se observan diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones del síndrome entre los que no se sienten valorados por sus familiares y pacientes, compañeros y superiores, y aquellos que sí se sienten valorados. Sin embargo, cuando se observa el apartado de valoración por parte de los compañeros, se dan diferencias en las tres dimensiones del *burnout* en aquellos que consideran que no son valorados por sus compañeros (Tabla 15) siendo mayores en estos con respecto a los que consideran que son valorados por sus compañeros. En la percepción de valoración por parte de los superiores (Tabla 16) se observan que hay diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de la realización personal, obteniendo resultados más bajos los que perciben que no son valorados por sus superiores. En las otras dos dimensiones, los resultados no son estadísticamente significativos.

. Dimensión, media (DT)	Pacientes y familiares		Diferencia medias	Prueba t-Student	
	Si n= 67	No n=8		t(75)	P-valor
Cansancio emocional	13,91 (8,14)	27 (8,14)	-13,09	-2,58	0,077
Despersonalización	6,24 (3,99)	10,13 (7,26)	-3,89	-1,49	0,178
Realización personal	40,13 (4,37)	35,75 (6,74)	4,38	1,79	0,111

Tabla 14. Descriptivo y comparación puntuaciones dimensiones del Burnout según valoración familiares y pacientes

Dimensión, media (DT)	Compañeros		Diferencia medias	Prueba t-Student	
	Si n= 73	No n=2		t(75)	P-valor
Cansancio emocional	14,66 (9,46)	39 (14,14)	-24,34	-3,56	0,001
Despersonalización	6,42 (4,36)	15 (4,24)	-8,57	-2,75	0,008
Realización personal	39,93 (4,59)	30 (1,41)	9,93	3,03	0,003

Tabla 15. Descriptivo y comparación puntuaciones dimensiones del Burnout según valoración compañeros

El síndrome de Burnout en el ámbito sanitario. Un análisis en las consultas externas hospitalarias.

Dimensión, media (DT)	Superiores		Diferencia medias	Prueba t-Student	
	Si	No		t(75)	P-valor
	n= 57	n=18			
Cansancio emocional	13,96 (8,59)	19,56 (13,83)	-5,6	-1,62	0,12
Despersonalización	5,95 (3,76)	8,89 (6,04)	-2,94	-1,95	0,64
Realización personal	40,67 (3,79)	36,5 (6,3)	4,17	2,66	0,015

Tabla 16. Descriptivo y comparación puntuaciones dimensiones del Burnout según valoración superiores

En la Tabla 17 se muestra el coeficiente de correlación de Pearson entre los diferentes aspectos personales y las dimensiones del Burnout. Las dimensiones del Burnout mostraron una relación significativa con la valoración de la experiencia profesional, grado de optimismo y situación económica, de forma que, a mayor puntuación en cualquiera de estos tres ítems, menor cansancio emocional y despersonalización y mayor realización personal.

	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
Experiencia profesional			
R	-0,651	-0,406	0,412
p-valor	< 0,001	< 0,001	<0,001
Grado de optimismo			
R	-0,651	-0,461	0,36
p-valor	< 0,001	< 0,001	0,02
Situación económica			
R	-0,537	-0,374	0,307
p-valor	< 0,001	0,001	0,007

Tabla 17. Coeficiente de correlación de Pearson.

El tercer objetivo del estudio es: *Comparar cada grupo profesional estudiado con el resto de profesionales para valorar si existe algún grupo que sea más propenso a la prevalencia del burnout.*

Una vez realizadas las comparaciones entre cada uno de los grupos profesionales estudiados con el resto de profesionales para valorar si existe asociación entre cada grupo, con una alteración de forma significativa de alguna de las dimensiones del *burnout*, se presentan los resultados en las tablas 18, 19, 20 y 21.

Dimensión, <i>media (DT)</i>	Tipo profesional		Diferencia medias	Prueba t-Student	
	Auxiliar de enfermería n= 20	Resto n=55		t(75)	P-valor
Cansancio emocional	16,55 (11,3)	14,85 (9,94)	1,695	0,63	0,531
Despersonalización	6,1 (3,82)	6,85 (4,8)	-0,755	-0,63	0,529
Realización personal	40,2 (4,95)	39,47 (4,79)	0,727	0,576	0,566

Tabla 18. Descriptivo y comparación puntuaciones dimensiones del Burnout entre auxiliares y resto de profesionales.

Dimensión, <i>media (DT)</i>	Tipo profesional		Diferencia medias	Prueba t-Student	
	Enfermero/a n= 20	Resto n=55		t(75)	P-valor
Cansancio emocional	12,9 (10,70)	16,18 (10,07)	-3,282	-1,23	0,223
Despersonalización	5,45 (4,63)	7,09 (4,48)	-1,641	-1,39	0,168
Realización personal	39,35 (5,6)	39,78 (4,55)	-0,432	-0,341	0,734

Tabla 19. Descriptivo y comparación puntuaciones dimensiones del Burnout entre enfermería y resto profesionales

Dimensión, <i>media (DT)</i>	Tipo profesional		Diferencia medias	Prueba t-Student	
	MIR n= 9	Resto n=66		t(75)	P-valor
Cansancio emocional	13,22 (7,07)	15,59 (10,64)	-2,37	-0,65	0,52
Despersonalización	9,67 (3,16)	6,24 (4,57)	3,424	2,17	0,033
Realización personal	40,11 (2,31)	39,61 (5,07)	0,505	0,51	0,616

Tabla 20. Descriptivo y comparación puntuaciones dimensiones del Burnout entre MIR y resto profesionales

Dimensión, <i>media (DT)</i>	Tipo profesional		Diferencia medias	Prueba t-Student	
	Facultativo n= 26	Resto n= 49		t(75)	P-valor
Cansancio emocional	16,92 (10,1)	14,45 (10,36)	2,47	0,993	0,324
Despersonalización	6,96 (5,08)	6,49 (4,28)	0,47	0,425	0,672
Realización personal	39,35 (4,89)	39,84 (4,81)	-0,49	-0,418	0,677

Tabla 21. Descriptivo y comparación puntuaciones dimensiones del Burnout entre facultativos especialistas y resto profesionales

Tras comparar cada grupo con el resto de profesionales del estudio, los resultados arrojan datos que sostienen que no hay diferencias significativas en los cuatro grupos de profesionales a la hora de hablar de mayor prevalencia del síndrome en uno u

El síndrome de Burnout en el ámbito sanitario. Un análisis en las consultas externas hospitalarias.

otro grupo; y solamente se han encontrado diferencias significativas en una dimensión, despersonalización, dentro del grupo de los MIR, y, por tanto, mayor riesgo de *burnout* en esta dimensión, en comparación con el resto de grupos, no presentando las demás dimensiones una diferencia de puntuación estadísticamente significativa.



6. DISCUSIÓN

Los resultados del estudio muestran una alta percepción de los profesionales de la sanidad en cuanto a la valoración general, positiva, que tienen de su trabajo los familiares, compañeros, pacientes y jefes. Pero, al comparar esos datos en relación al *burnout* y en el apartado de valoración de los compañeros, se dan diferencias en las tres dimensiones al considerar la mayoría que no son valorados; y lo mismo ocurre con la valoración que perciben de los superiores o jefes. Son resultados que se compadecen con otras investigaciones que relacionan lo anterior con el grado de resiliencia y mayor realización personal (Gil-Monte y Moreno, 2007; Tárraga y Serrano, 2016).

En general, en las tres dimensiones estudiadas: cansancio emocional, despersonalización y realización personal, los encuestados presentan resultados de bajo riesgo de desarrollar *burnout*, aunque se debe destacar el alto porcentaje de riesgo medio y alto de desarrollarlo en el futuro, sobre todo en las dimensiones de despersonalización y de realización personal. Estos resultados corroborarían otras investigaciones sobre la temática, como la de Amor (2017), en las que se obtuvieron tasas de riesgo de *burnout* del 43,7% (con, al menos, una dimensión alterada), aunque la prevalencia global del síndrome sólo se vio en el 2,8% de la muestra. No obstante, hay estudios (Tárraga y Serrano, 2016) que muestran que los trabajadores sanitarios aparecían con un alto nivel de ansiedad por su relación asistencial con los pacientes y por la relación cercana a los mismos; y son, según este estudio, las enfermeras y los médicos son los más afectados. En otros estudios (Chiang y Sigoña, 2011; Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga, 2009) se obtuvo un 14% de prevalencia de *burnout*.

En cuanto a la variable sexo, el estudio muestra en sus resultados que no se han encontrado diferencias significativas en ninguna de las tres dimensiones estudiadas entre hombres y mujeres. Esto se contradice con algunos estudios (Amor, 2017; Chiang y Sigoña, 2011; Tárraga y Serrano, 2016) en los que se han obtenidos valores estadísticamente significativos en cuanto a que las mujeres obtienen mayores valores de cansancio emocional, aunque no se encontraron diferencias significativas en otras dimensiones del síndrome.

Estar casado muestra mayor cansancio emocional que estar soltero, aunque en las dimensiones de despersonalización y de realización personal no se han obtenido

diferencias significativas entre los profesionales sanitarios casados y los solteros. Tampoco parece influir la custodia de hijos en el mayor riesgo de sufrir *burnout*. Estos resultados se compadecen con los obtenidos en investigaciones (Caballero, Bermejo, Nieto, Caballero y Martínez, 2001; Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga, 2009) en las que no se encontraron diferencias significativas según el estado civil y la prevalencia de *burnout*, pero sí se observó menores tasas de cansancio emocional en los sujetos que tienen hijos y conviven con ellos.

En la variable edad, en la dimensión del cansancio emocional, se evidencia una relación estadísticamente significativa, con una mayor puntuación y, por lo tanto, mayor riesgo de sufrir el síndrome conforme se avanza en edad, pero no ocurre así en las otras dos dimensiones: despersonalización y realización personal. Son resultados avalados por otra investigación (Grau y Suñer, 2011) en las que no se han observado correlación entre la edad y el *burnout*.

Del mismo modo, los años de experiencia profesiones presentan una correlación estadísticamente significativa con la realización personal: a mayor número de años de experiencia, menor puntuación en esta dimensión. Esto lo corrobora la investigación de Amor (2017). Otros estudios (Failde, Carballo, Lameiras y Rodríguez, 2013; Moreno, 2007) han observado diferencias estadísticamente significativas en la valoración de la propia experiencia profesional, obteniendo resultados menores en cansancio emocional y despersonalización, y mayores en realización personal los que tenían una mejor valoración de la propia experiencia profesional.

Igualmente, los resultados muestran que la relación contractual influye en la dimensión de cansancio emocional, siendo las puntuaciones más altas entre los profesionales que tienen asentada su plaza. No obstante hay estudios contradictorios, y unos encuentran relación causal (Gil-Monte, Carretero y Roldán, 2005; Tárraga y Serrano, 2016), pero otros, no encuentran esa relación (Amor, 2017).

En la variable “guardias” no se evidencian diferencias significativas en las puntuaciones de las dimensiones del *burnout* entre los profesionales sanitarios que las realizan y los que no lo hacen. Este dato es compatible con la investigación de Moreno, González y Garrosa (2001).

Y en la variable relacionada con el número de pacientes que deben atender, se observan diferencias significativas en las puntuaciones de dos dimensiones: cansancio emocional y realización personal; sí, a mayor número de pacientes atendidos, mayor riesgo de sufrir estas dos dimensiones del *burnout*. En los trabajos revisados, suele haber cierto consenso en que a mayor sobrecarga laboral, hay un incremento en el agotamiento emocional (Arias et al, 2008).

Por otra parte, se comparó a los cuatro grupos de profesionales entre sí, y los resultados arrojan datos que sostienen que no hay diferencias significativas en esa comparación, salvo en el caso de los Médicos Internos Residentes, que presentan peores datos en despersonalización. En otra investigación de Grau y Suñer (2011) se consideró más vulnerables a los profesionales en formación (MIR), ya que es cuando se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana.





7. CONCLUSIONES

Una vez expuestos y analizados los resultados, se pasa a plasmar las conclusiones del estudio.

Lo primero que hay que significar es que en el estudio se esperaba encontrar una alta prevalencia en la afectación del *burnout* en los profesionales analizados (y esa era la hipótesis de partida). No obstante, los resultados del presente estudio denotan una prevalencia de *burnout* menor que en la literatura estudiada, pero en cambio, aparece un significativo riesgo de poder llegar a sufrir éste síndrome, por lo que, en principio se puede inferir que es necesario elaborar e instaurar programas de prevención del desarrollo del síndrome.

En relación al primer objetivo planteado, que era el de recoger la opinión de los trabajadores de las consultas externas sobre la valoración general que de ellos hacen familiares, pacientes, compañeros y jefes, resaltar que hay una alta percepción de valoración positiva, un poco menor en el caso de los jefes o superiores administrativos. Cuando se observan los resultados de las valoraciones y se relacionan con el *burnout*, no se da una relación de causa efecto entre valoración y síndrome, excepto cuando se trata de la valoración de los propios compañeros. Y, en el caso de la valoración de jefes o superiores administrativos, hay diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de la realización personal, obteniendo resultados más bajos los que perciben que no son valorados por sus superiores.

El segundo objetivo específico, y núcleo básico del estudio, se concretó en la identificación de las dimensiones y variables del síndrome de Burnout que repercuten más negativamente en los grupos profesionales estudiados. Genéricamente, se da un nivel bajo de cansancio emocional, aunque los datos indican un nivel medio de riesgo de padecerlo en las categorías de despersonalización y de realización personal.

Concretando en las variables, en el sexo no se han encontrado diferencias significativas en ninguna de las tres dimensiones del *burnout* entre hombres y mujeres, aunque sí hay diferencias en el estado civil, donde los casados presentan mayor cansancio emocional que los solteros, cosa que no ocurre en las otras dos dimensiones

del síndrome: despersonalización y realización personal. Y tener hijos a cargo no significa mayor riesgo de padecer el síndrome.

Con relación a la edad de los profesionales, se concluye que hay mayor cansancio emocional cuanto mayor es la edad del profesional, con lo que el riesgo de padecer el síndrome va aumentando con la edad, pero sólo en lo relativo al cansancio emocional, porque sucede así con las otras dos dimensiones del *burnout*. E igualmente ocurre con la variable relación contractual: hay mayor cansancio emocional en el personal estable que en el eventual. Tampoco la variable ‘guardias’ es significativa, por cuanto no hay diferencias significativas entre los profesionales que las realizan y los que no hacen guardias.

Donde aparecen con mayor rango y prevalencia las dimensiones del síndrome es en la variable “número de pacientes atendidos”, fundamentalmente en cansancio emocional y realización personal entre los encuestados que consideran que atienden a un número excesivo de pacientes.

Del mismo modo, los años de experiencia profesional presentan una correlación estadísticamente significativa con la realización personal: a mayor número de años de experiencia, menor puntuación en esta dimensión, aunque no ocurre en las otras dos dimensiones. Igualmente, las dimensiones del Burnout mostraron una relación significativa con la valoración de la experiencia profesional, grado de optimismo y situación económica, de forma que, a mayor puntuación en cualquiera de estos tres ítems, menor cansancio emocional y despersonalización y mayor realización personal.

Con el tercer objetivo se pretendía comparar cada grupo profesional estudiado con el resto de profesionales para valorar si existe algún grupo que sea más propenso a la prevalencia del *burnout*. Una vez realizada la comparación, la conclusión para este objetivo es que no hay diferencias significativas en los cuatro grupos de profesionales a la hora de hablar de mayor prevalencia del síndrome en uno u otro grupo; y solamente se han encontrado diferencias significativas en una dimensión, despersonalización, dentro del grupo de los Médicos Internos Residentes (MIR).

En cualquier caso, significar que no existen en la literatura muchos estudios similares realizados centrándose en el personal médico hospitalario y comparando sus distintas dimensiones para comparar el presente trabajo, por lo que podría ser interesante continuar investigando y realizar un estudio con una muestra mayor, de carácter multicéntrico, así como comparar la incidencia del síndrome de Burnout tras realizar intervenciones ya que, como apuntan ciertos estudios, los programas para hacer que disminuya dicho síndrome han sido efectivos.





8. ALGUNAS PROPUESTAS PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO

Para dar cumplimiento al cuarto objetivo específico de este Trabajo Fin de Máster, en este capítulo se harán algunas propuestas preventivas en función de los resultados y las conclusiones establecidas en la investigación.

El trabajo emocional, la exigencia de expresar emociones socialmente deseables durante el trabajo, es un elemento clave en la prevención del *síndrome de burnout*. Además, debe considerarse que una empresa será más competitiva, eficaz y eficiente si sus trabajadores gozan de mayor salud y calidad de vida. Por eso, prácticamente desde que se comenzó a medir el *burnout*, se ha intentado articular medidas e intervenciones que pudieran mitigar o eliminar el síndrome y, en consecuencia, aumentar la calidad de vida de los trabajadores mediante cuatro acciones claramente preventivas (Cherniss, 1980; Ortega y López, 2004): reduciendo las demandas laborales de los jefes; cambiando las metas, preferencias y expectativas personales; incrementando los recursos de los trabajadores ante las demandas; y dotar a los trabajadores de estrategia de control frente a los estresores del *burnout*.

En ese sentido, es sabido que la *Teoría social cognitiva* (Bandura, 1982; Bandura, Barbaranelli, Caprara y Pastorelli, 1996) dicta que, cuando una conducta es recriminable, es necesario de una justificación moral para que se realice, lo que impulsa a los sujetos a hacer ciertas reestructuraciones mentales para que todas sus conductas sean socialmente aceptables, no quedando exentas de éstas, las realizadas en los espacios laborales. Pero no siempre es posible que el sujeto sea capaz de realizar estas reestructuraciones cognitivas ante ciertos condicionamientos del trabajo y la relación interpersonal, incluso se llega a ejercitar conductas moralmente reprochables; es lo que utilizan algunas personas que trabajan con otras personas para no sentirse culpables “hagan lo que haga”, porque todo se justificará “por las circunstancias”, con un lenguaje eufemístico, con argumentos ventajistas, distorsión de la realidad, proyecciones, etc. (Bandura, 1987)

Teniendo en cuenta lo anterior, y partiendo de la base de que no hay recetas mágicas frente al *burnout*, parece evidente que las propuestas orientadas a prevenir y tratar el *síndrome de Burnout* tienen que ver con las diferentes formas que se tiene para

utilizar los recursos propios (variables cognitivas y de personalidad) y/o los disponibles para implementar estrategias de afrontamiento frente a los estresores (variables ambientales de todo tipo). Y estos afrontamientos se dirigirán focalmente al problema, a las emociones o a las diferentes disfunciones (Aranda, Pando, y Pérez, 2004; Carver, 1997; González, 2002; Lahib y Zarza, 2017; Mansilla y Favieres, 2012; Rodríguez, 2012). En ese sentido, la medida general es aquella que contemple un mayor control de los trabajadores sobre las demandas del trabajo (Gilbert-Quimet, Trudel, Brisson, Millot y Vézina, 2014; Salanova y Soler, 2015). La desactivación emocional en estos casos es muy recomendable, con terapias como la conocida como *Defusing* y *Debriefing* (Moss, Good, Gozal, Kleinpell y Sessler, 2016; Park, Petersen y Sun, 2013) que anulan los factores estresantes.

Y, lógicamente, para prevenir y tratar, en su caso, *el síndrome de Burnout*, es necesario atender directamente a los estresores comentados anteriormente, relacionados con la jornada laboral, los turnos, las organización del trabajo, la verticalidad y horizontalidad de las relaciones personales..., y, naturalmente, también la relación contractual y la posibilidad de promoción profesional (Gil-Monte, 2005, 2007). Igualmente, hay que dotar a los trabajadores de recursos e instrumentos que contrarresten los efectos de esos estresores desde la posición personal, proveyendo los propios hospitales de los apoyos psicológicos y formativos necesarios. En todo caso, en la abundante literatura sobre el *burnout* hay pocos ejemplos de intervenciones psico-socio-educativas para paliarlo o eliminarlo. Por eso, además de la prevención, debe haber una intervención de tratamiento, al menos, en tres núcleos:

- a) Individual.- Se deberán tener en cuenta tanto la personalidad del sujeto como los procesos cognitivos de autoevaluación, ello para implementar estrategias cognitivo-conductuales que permitan a los profesionales de la sanidad paliar o suprimir los estresores, aumentar la resistencia individual mediante apoyos y formación ofrecidos por la propio institución, neutralizar las consecuencias negativas de las situaciones y experiencias generadoras de estrés. Es muy recomendable al respecto el uso de estrategias de afrontamiento de control o centradas en los problemas que acaecen en el trabajo previene el desarrollo del síndrome (técnicas cognitivas de reestructuración, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento de la asertividad y control, y

entrenamiento para el manejo eficaz del tiempo), por lo que son muy recomendables los programas de entrenamiento en esas habilidades personales y psicosociales. También es muy útil saber gestionar el tiempo de ocio y descanso y hacer una clara distinción entre la vida laboral y la personal.

- b) Interpersonal y grupal.- Vehicular la manera de formar a los profesionales de la sanidad en habilidades sociales y trabajo en grupo. Las estrategias deben ir encaminadas a la promoción del apoyo entre los compañeros, potenciar las habilidades de comunicación y la distribución grupal de la carga emocional del trabajo, con una adecuada y justa asunción de los diferentes roles profesionales.
- c) Organizacional.- Diseñar un tipo de organización del trabajo y de la gestión institucional que suprima o disminuya los elementos organizativos generadores de estresores, dado que el sistema sanitario está generalmente muy jerarquizado, donde no es extraño que se establezcan relaciones verticales autoritarias y la comunicación sólo fluya de arriba hacia abajo. En este punto es vital que la propia dirección del hospital diseñe y desarrolle programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de la organización, fomente la autonomía en el desempeño de la labor profesional, programe horarios flexibles, fomente la participación de los trabajadores en la toma de decisiones, implemente el trabajo colaborativo, plantee objetivos reales en función de las condiciones del trabajo, implemente la formación en habilidades de comunicación y desarrollo de respuestas empáticas, implante programas de formación continua, defina claramente la jerarquía, las normas y las tareas del entorno laboral, poner en marcha los grupos de apoyo interno...

Hay también algunas alternativas novedosas como la “meditación de consciencia plena” o *Mindfulness* (Martín, Rodríguez, Pujol, Berenguera y Moix, 2013), que intenta reducir el estrés mediante prácticas de relajación, meditación contemplativa y actividades suaves de yoga, completadas con reflexión sobre la práctica profesional, conocimientos sobre el significado y trascendencia del *burnout* y las mejores formas de

El síndrome de Burnout en el ámbito sanitario. Un análisis en las consultas externas hospitalarias.

afrontarlo. En los estudios de los autores citados se asegura que el 94% de los profesionales que siguieron estas prácticas había cambiado su percepción sobre el *burnout*; el 70% se sentía mucho mejor emocionalmente; el 66% se sentía con más energía y un 48% había mejorado su grado de actividad.

Otra alternativa interesante es la conformada por el Programa IRIS (Párraga, 2006), un método de intervención basado en los siguientes núcleos: conocimiento pormenorizado de los estresores, detección personal de los mismos, desactivación y técnicas de relajación. Comprende cinco bloques de tratamiento psicológico:

- a) Desarrollo personal, cambio de actitudes.
- b) Entrenamiento en habilidades de comunicación.
- c) Control y autocontrol emocional.
- d) Erradicar las cogniciones distorsionadas.
- e) Aprendizaje de técnicas instrumentales para solucionar problemas.

El autor declara que, con esta intervención, los niveles de *burnout* experimentan un considerable descenso, concretamente, de 34 sujetos que siguieron el programa, tan sólo 13 seguían con niveles altos del síndrome al acabarlo.

9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Genéricamente, las limitaciones de los estudios de este corte tienen tres sesgos limitadores: la selección de informantes, la elección del o de los instrumentos utilizados para recabar la información, y el hecho probable de no controlar todas las variables que inciden en la investigación. En el primer caso, el arco de inclusión de profesionales era todo el personal sanitario que, de alguna manera incide en las consultas externas, con lo que, dada la variedad de circunstancias de todo tipo, como la edad, el tipo de contrato, el rol desempeñado, etc., puede haber hecho que haya una disfunción entre los resultados de unos y otros, con lo que se merma la posibilidad de concluir y generalizar los resultados obtenidos, a pesar de asegurar en todo momento que los participantes se sintiesen cómodos, comprometidos y seguros de sus respuestas, creando el ambiente propicio para ello. En el segundo caso, se ha utilizado el cuestionario MBI clásico, adaptado al español, por estar validado en numerosas investigaciones de este tenor, con lo que parecía asegurarse que el segundo de los probables inconvenientes estaría zanjado. En cuanto al control de todas las variables, es evidente que en toda investigación siempre hay aspectos que son imponderables y sólo emergen en los resultados; en todo caso, se han tenido en cuenta todas las variables que confluyen en este tipo de estudios.



10. ASPECTOS ÉTICOS-LEGALES

El presente trabajo también ha querido respetar los aspectos éticos derivados de cualquier investigación realizada con y sobre personas, como la información pormenorizada de todos los aspectos de la investigación, el consentimiento (ver ANEXO 3), la garantía de confidencialidad, uso de los datos obtenidos (según la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal), autorización del comité ético del hospital, y cumplimiento de las normas de buena práctica clínica, según las normas de Helsinki.





REFERENCIAS

- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (AESST) (2015). Semana Europea para la seguridad y la salud en el trabajo. Recuperado el 30-4-2018 de <http://www.healthy-workplaces.eu>
- Amor, S. (2017). *Prevalencia del síndrome de Burnout y el riesgo en personal médico del hospital "Virgen del Castillo", de Yecla*. Trabajo Fin de Máster. Universidad Miguel Hernández.
- AMYTS (2014). Riesgo laboral durante el embarazo. La prevención existe; la protección también. *RMM-Salud Laboral*, 12, 18-20.
- Antunes, R. (2000). La centralidad del trabajo hoy. *Papeles de Población*, 6(25), 84-96.
- Aranda, C., Pando, M. y Pérez, M. (2004). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o *burnout*: una revisión. *Psicología y Salud*, 1(14), 79-87.
- Arias, et al., (2008). Síndrome del desgaste profesional o de burnout en el personal de enfermería. *Revista de Enfermería Actual en Costa Rica*, 13, 1-18.
- Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT) (2016). *Guía clínica-laboral para la prevención de riesgos durante el embarazo, parto reciente y lactancia en el ámbito sanitario*. Recuperado el 23-4-2018 de <http://www.aeemet.com>
- Bakker, A. B. Demerouti, E. & Schaufeli, W. B. (2006). The socially induced burnout model. En A. M. Columbus (Ed.), *Leading edge research in cognitive psychology* (pp. 123-133). New York: Nova Publishers.
- Bandura, A. (1982). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción: fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G. & Pastorelli, C. (1996). Mechanism of moral disengagement in the exercise of moral agency. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(2), 364-374.
- Bernaldo de Quirós, M. y Labrador, F. J. (2007). Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencias extrahospitalarias. *International of Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 323-35.
- Bethge, M. & Radoschewsky, F. M. (2010). Physical and psychosocial work stressors, health related control beliefs and work ability. *Panel of Employees*, 83, 241-250.
- Buenndía, J. (2006). *Estrés laboral y salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Caballero, M. A., Bermejo, F., Nieto y Caballero, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 27(5), 313-317.
- Capezzutto, B. (2017). Síndrome de *burnout* en el área de salud. En B. Capezzutto y M. Garay (Eds.), *Estrés laboral: síndrome de burnout y mobbing en el equipo de salud. Aspectos psicológicos* (pp. 45-56). Montevideo, Uruguay: Ediciones Universitarias.
- Carver, C. S. (1997). You want yo mesure coping but your protocol's too long: Considerer the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
- Cherniss, C. (1980). *Staff burnout. Job stress in the human services*. Londres: Sage Publications.
- Chiang, M. M. y Sigoña, M. (2011). Burnout en trabajadores de hospitales comunitarios o de baja complejidad: una comparación de género y de nivel de escolaridad. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 20(1), 33-52.
- Cobos, D. (2010). *Evidencias científicas bibliográficas sobre formación de trabajadores en Prevención de Riesgos Laborales*. Sevilla: INSHT.
- Cox, T., Kuk, G. & Leiter, M. (1993). Burnout health, work stress, and organizational healthiness. En W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in Theory and Research* (pp. 177-193). London: Taylor.
- De la Gándara, J. (1998). *El síndrome de Burnout*. Madrid: Cauce.
- De Silva, D. (2014). *Helping measure person-centred care*. London: The Health Foundation.
- De Witte, H., Helst, T. V. & De Cuiper (2013). Inseguridad laboral: revisión general de conceptos, antecedentes, consecuencias y moderadores. En B. Moreno y E. Garrosa (Eds.), *Salud laboral. Riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral* (pp. 83-102). Madrid: Pirámide.
- Díaz, F. y Gómez, I. C. (2011). La investigación sobre el síndrome de burnout en Latinoamérica entre 2000 y 2010. *Psicología desde el Caribe*, 33(1), 113-125.
- Dworkin, A. (1987). *Teacher Burnout in the Public Schools: structural causes and consequences for children*. New York: State University.

- Escribá, V. y Bernabé, Y. (2002). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la comunidad valenciana. Un estudio con entrevistas semiestructuradas. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 595-604.
- ESENER (2012). *European Survey of enterprises on new and emerging risks*. Luxembourg.
- Failde, J. M., Carballo, J. A., Lameiras, M. y Rodríguez, Y. (2013). Personalidad resistente, calidad de vida y burnout en profesionales de la salud de centros gerontológicos. *Salud y Ciencia*, 19, 599-606.
- Fernández, M., González, J., Iríbar, C. y Peinado, J. M. (2017). Riesgos psicosociales y estrés como predictores del burnout en médicos internos residentes en servicios de Urgencias. *Gaceta Médica de México*, 153, 452-460.
- Fidalgo, M. (2000). *Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout": definición y proceso de generación*. Madrid: INSHT.
- Figueiredo, H., Grau, A., Gil-Monte, P. R. y García, J. A. (2012). Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Psicothema*, 24(2), 271-276.
- Flórez, J. A. (2002). Signos de alarma para el burnout: una perspectiva integral para el autocontrol (pp. 31-38). *Actas del XXIV Congreso Nacional Semergen*.
- Flórez, J. A. (2003). Salud mental del médico: prevención y control del burnout. *Salud Global*, 3(2), 1-7.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Gálvez, M., Moreno, B. y Mingote, J. C. (2013). *El desgaste profesional del médico. Revisión y guía de buenas prácticas*. Madrid: Díaz de Santos.
- Gálvez, M., Gómez, J. M., Martín, M. C. y Ferrero, M. (2017). Humanización de la atención y salud laboral: implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del proyecto HUCI. *Medicina y Seguridad en el trabajo*, 63(247), 1-14.
- García, M. (1995). Evaluación del burnout: estudio de la fiabilidad, estructura empírica y validez de la escala EPB. *Ansiedad y Estrés*, 2-3, 219-229.
- García-Rodríguez, A., Gutiérrez, M., Bellón, J. A., Muñoz, C. y Fernández, J. (2015). Entorno psicosocial y estrés en trabajadores sanitarios de la sanidad pública: diferencias entre atención primaria y hospitalaria. *Atención Primaria*, 47(6), 359-366.

- Garzías, E. M. y García, D. M. (2009). *Síndrome de burnout en Organización, gestión y prevención de riesgos laborales en el medio sanitario*. Jaén: Formación Alcalá.
- Ghadar, A., Ronda, E., Nolasco, A., Álvarez, N. y Mateo, I. (2011). Exposure to psychosocial risks at work. *Stress Health*, 27, 170-176.
- Gilbert-Quimet, M., Trudel, X., Brisson, C., Millot, A. & Vézina, M. (2014). Adverse effects of Psychosocial work factors on blood pressure. Review of studies on demand-control-support and effort-reward imbalance models. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 40, 109-132.
- Gil-Monte, P. R. (1991). Una nota sobre el concepto de “burnout”, sus dimensiones y estrategias de afrontamiento. *Informació Psicológica*, 46, 4-7.
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. R. (2007). El Síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Revista Psicología Científica*, 3(5).
- Gil-Monte, P. R. (2011). *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT). Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Gil-Monte, P. R. y Moreno, B. (2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Grupos profesionales de riesgo*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P. R., Carretero, N. y Roldán, M. D. (2005). Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Ansiedad y estrés*, 11, 281-290.
- Gil-Monte, P. R., Unda, S. y Sandoval, J. (2009). Validez factorial del “Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (CESQT) en una muestra de maestros mexicanos. *Salud Mental*, 32(3), 210-215.
- Gillespie, D. F. & Numerof, R. E. (1984). *The Gillespie-Numerof Burnout Inventory. Technical Manual*. St. Louis: Washington University.
- Giménez, V. M. (2000). El fenómeno del “burnout” en las profesiones de ayuda. *Revista de Trabajo Social*, 159, 65-102.
- González, R. (2002). Prevenir el síndrome de burnout: una propuesta cognitiva (pp. 30-33). *Actas del XXIV Congreso Nacional Semergen*.

- Grau, A. y Suñer, R. (2011). Síndrome de burnout y residentes: reflexiones sobre la magnitud del fenómeno. *Revista Clínica Española*, 211, 112-113.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. y Braga F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 215- 30.
- Guerrero, E. y Vicente, F. (2001). *Síndrome de “burnout” o desgaste profesional y afrontamiento del estrés en el profesorado*. Universidad de Extremadura. Servicio de Publicaciones.
- Heras, G., Alonso, A. & Gómez, V. A. (2017). A palm for improving the humanisation of intensive care units. *Intensive Care Meds*, 43, 547-549.
- Houdmont, J., Kerr, R. & Addley, K. (2012). Psychosocial factors and economic recesión: The Stormont study. *Occup Med*, 62, 316-327.
- INSHT (2011). *Directrices para la evaluación de riesgos y protección de la maternidad en el trabajo*. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social.
- Jiménez, B. M. y León, C. B. (2010). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Madrid: Servicio de Publicaciones de la Universidad Autónoma.
- Jones, J. W. (1980). *The Staff Burnout. Scale for Health Professional*. Park Ridge. London: House.
- Kaschka, W. Korczak, D. & Broich, K. (2011). Modediagnose Burnout. *Deutsches Ärzteblatt*, 198(46), 781-787.
- Lahib, A. y Zarza, D. J. (2017). *Mobbing, Burnout y Estrés laboral: guía para mejorar la salud y el bienestar emocional*. Madrid: Diference.
- Längle, A. (2003). Burnout, existential meaning and possibilities of prevention. *European Psychotherapy*, 4(1), 107-121.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions. A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 9(3), 1-21.
- Leal-Costa, C. et al., (2015). Las habilidades de comunicación como factor preventivo del Síndrome de *Burnout* en los profesionales de la salud. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 38(2), 213-223.
- Ley General de la Seguridad Social. Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de junio. Boletín Oficial del Estado, nº154.

- Mansilla, F. y Favieres, A. (2012). *Estrés laboral y su prevención*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid.
- Martín, A., Rodríguez, T., Pujol, E., Berenguera, A. y Moix, J. (2013). Evaluación e la efectividad de un programa de mindfulness en profesionales de atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 27(6), 521-528.
- Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*., monográfico 112.
- Maslach, C. (1982). Burnout in organitational setting. In S. Oskamp (Ed.), *Applied Social Psychology Annual* (pp. 133-154). Beverly Hills: Sage.
- Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. In W. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 19-32). Washington: Taylor.
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burnout. *Ciencia y Trabajo*, 32, 37-44.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory. Manual*. Palo Alto, Santa Clara (California): Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Jackson, S. E. & Leiter, M. P. (1996) 3ª ed. Palo Alto, Santa Clara (California): Consulting Psychologists Press
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review and Psychology*, 52(1): 397-422.
- Morán, C., Landero, R. y González, M. T. (2010). Un análisis psicométrico de la versión en español del Brieg COPE. *Universitas Psychologica*, 9, 543-552.
- Moreno, A. (2007). Burnout Asistencial: Identificación, Prevención y Mediación en Factores Precipitantes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 10(1), 63-79.
- Moreno, B. (2014). Los riesgos laborales psicosociales: marco conceptual y contexto socio-económico. *ORP Journal*, 1, 4-18.
- Moreno, B. y Rodríguez, R. (2013). Sociología de la salud laboral. En B. Moreno y E. Garrosa (Eds.), *Salud laboral. Riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral* (pp. 51-56). Madrid: Pirámide.
- Moreno, B., González, J. L. y Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. En J. Buendía y F. Ramos (Eds.), *Empleo, estrés y salud* (pp. 59-83). Madrid: Pirámide.

- Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Kleinpell, R. & Sessler, C. N. (2016). An Official Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Healthcare Professionals: A call for Action. *Critical Care Medicine*, 44(7), 1444-1421.
- OIT (1984). Psychosocial Factors at Work: Recognition and Control. Recuperado el 12-4-2018 de <http://www.who.int/publication>
- OIT (2014). Riesgos laborales psicosociales en sanidad. Recuperado el 12-4-2018 de <http://www.ilo.org/public/spanish/index.htm>
- OMS (1988). *Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud*. Ginebra.
- OMS (1999). *Estrategia de salud para todos en el siglo XXI*. Ginebra.
- Ortega, C. y López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Park, N., Petersen, C. & Sun, J. K. (2013). La psicología positiva: investigaciones y aplicaciones. *Terapia Psicológica*, 31(1), 11-19.
- Párraga, J. M. (2006). Eficacia de una intervención psicológica para reducir el síndrome de burnout en profesionales sanitarios. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 27, 32-42.
- Pines, A. M. (1993). Burnout: An existential perspective. In W. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 33-52). Washington: Taylor.
- Pines, A. M. & Yafe, O. (2001). Unconscious determinants of career choice and burnout: Theoretical model and counseling strategy. *Journal of Employment Counseling*, 38(4), 170-184.
- Pines, A. M., Aronson, E. & Kafry, D. (1981). *Burnout: From Tedium to the Personal Growth*. New York: Free Press.
- Rodríguez, D. (2012). *Síndrome de Burnout en profesionales sanitarios: prevalencia y determinantes situacionales y cognitivos*. Trabajo Fin de Máster. Universidad de la Coruña.
- Roel, J. M. (2011). Riesgos laborales en atención primaria. Recuperado el 27-4-2018 de <http://www.elmedico interactivo.com>
- Quick, J. C. & Tetrick, L. (2003). *Handbook of occupational health psychology*. Washington. APA.

- Salanova, M. y Soler, C. (2015). Hacia una prevención positiva de los riesgos psicosociales. *Revista de Prevención de Riesgos Laborales*, 36, 24-30.
- Seisdedos, N. (1997). *Manual de Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del “quemado” por estrés laboral asistencial*. Madrid: TEA Ediciones.
- Solé, D. (2017). Empresa saludable: ¿destino o carrera de fondo? *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 20(2), 78-79.
- Standing, G. (2011). *El precariado. Una nueva clase social*. Barcelona: Pasado y Presente.
- Stansfeld, S. & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health. *Scand Work Environ Health*, 32, 443-462.
- Tárraga, M. L. y Serrano, J. P. (2016). Estado de ansiedad y burnout en trabajadores sanitarios de Albacete. *Journal of Negative & No Positive Results*, 1(3), 100-106.
- Tello, S., Tolmos, M. T., Váñez, R. y Vázquez, M. E. (2002). Estudio del síndrome de burnout en los médicos internos residentes del Hospital Clínico San Carlos. Recuperado de 15-4-2018 de <http://www.ucm.es>
- Trujillo, H. M. y González Cabrera, J. (2007). Propiedades psicométricas de la versión española de la “Escala de estrés percibido” (EEP). *Psicología Conductual*, 15, 457-477.
- UGT (2011). *Guía de prevención de riesgos psicosociales en el sector sanidad*. Madrid: Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales.
- UGT (2016). *Incidencia de los riesgos psicosociales en el sector de la Atención Primaria*. Madrid: Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales.
- Vega, S. (2012). *Intervención psicosocial en prevención de riesgos laborales : principios comunes (I)*. Madrid : INSHT, NTP 944.

ANEXO 1. CUESTIONARIO SOBRE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y PROFESIONALES

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	
Edad:	Sexo:
Estado civil: <input type="checkbox"/> soltero/a <input type="checkbox"/> casado/a <input type="checkbox"/> divorciado/a <input type="checkbox"/> viudo/a	
Nº de hijos:	
Personas dependientes a tu cargo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
CARACTERÍSTICAS PROFESIONALES	
<input type="checkbox"/> Facultativo especialista <input type="checkbox"/> MIR <input type="checkbox"/> Enfermería <input type="checkbox"/> Técnico Auxiliar de enfermería	
Número de consultas semanales:	
Tipo de contrato: <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Eventual	
Horario laboral: mañanas-tardes fijas / rotatorio / mañanas + guardias/ otros	
Años de ejercicio profesional:	Tiempo en el puesto actual:
Realiza guardias: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Realiza actividad quirúrgica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Baja laboral en el último año: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Número aproximado de pacientes atendidos a la semana:	
OTRAS CARACTERÍSTICAS	
El número de pacientes que atiende lo considera: <input type="checkbox"/> insuficiente <input type="checkbox"/> adecuado <input type="checkbox"/> excesivo	
En su vida laboral se siente valorado por:	
sus pacientes y familiares	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
sus compañeros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
sus superiores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Valoración global de su experiencia profesional (de 1 “nada satisfactoria” a 10 “muy satisfactoria”):	
Valoración de su grado de optimismo (de 1 “nada optimista” a 10 “muy optimista”):	
Valoración de su situación económica (de 1 “nada satisfactoria” a 10 “muy satisfactoria”):	
Horas semanales de ocio:	
Enfermedad crónica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

ANEXO 2. CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORI

Por favor, señale la respuesta que crea más oportuna teniendo en cuenta la escala: 0: Nunca; 1: Pocas veces al año o menos; 2: Una vez al mes o menos; 3: Unas pocas veces a la semana; 4: Una vez a la semana; 5: Pocas veces a la semana; 6: 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 puede 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 problema emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

ANEXO 3. ESCRITO DE CONSENTIMIENTO

Estimado compañero, en el cuestionario que se le presentará se recogerán algunos datos personales relacionados con el desempeño de tu trabajo: sentimientos, actitudes, comportamientos, satisfacciones, etc., que serán tratados estadísticamente para un estudio sobre el *síndrome de Burnout* en personal sanitario de las consultas externas del hospital “Virgen del Castillo”, de Yecla. Garantizamos la privacidad, confidencialidad y uso ético de esos datos. Te solicitamos la colaboración comenzando a cumplimentar esta hoja de consentimiento:

Nombre.....

Declaro que he recibido suficiente y precisa información sobre el estudio y he leído la hoja de información-consentimiento que se me ha entregado, y estoy de acuerdo con los términos de la misma, por lo que acepto participar en esta investigación de forma voluntaria y con conocimiento del estudio que se va a realizar. No obstante, quiero manifestar dos condiciones:

- a) En cualquier momento del estudio puedo abandonarlo sin que me perjudique de ninguna manera.
- b) Exijo la total confidencialidad de mis datos personales, que no aparecerán de ninguna forma en la que pudiera ser identificado.

Con esas condiciones, doy mi conformidad para participar en el estudio como informante, así como mi consentimiento para el acceso y uso de mis datos personales. Por lo que firmo el presente documento en

Yecla, a ... de... de 2018.

Firmado

Firma del investigador