

Universidad Miguel Hernández



Master Universitario en
Prevención de Riesgos Laborales

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Síndrome de Burnout en el personal médico del
Servicio de Urgencias de un Complejo Hospitalario
Universitario**

Tutor: Dra. Susana Jiménez Moreno.

Alumno: Hugo Antonio Marroquín Valz.

Junio 2018

Síndrome de Burnout en el personal médico del Servicio de Urgencias de un Complejo Hospitalario Universitario.

Introducción: El síndrome de burnout (SB) o síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) es una entidad consecuencia de la interacción del trabajador con determinadas situaciones perjudiciales del trabajo. El trabajo en un servicio de urgencias hospitalario, está expuesto a una serie de condiciones laborales que favorecen al desarrollarse del SB.

Finalidad: Determinar la prevalencia del SQT en el personal médico del Servicio de Urgencias de un Complejo Hospitalario Universitario. Relacionar la presencia del SQT con las variables sociodemográficas y de la actividad laboral.

Resultados: La prevalencia del SQT fue del 36,36% en un nivel crítico de la escala del Total SQT, este es porcentaje de médicos que probablemente han desarrollado el síndrome, de los cuales el 11,36% correspondieron al perfil 2 de la escala de culpa, el de mayor riesgo de tener consecuencias graves del SQT. El nivel alto de la escala del Total SQT fue de 31,82%, valor que consideramos importante a la vista de una posible progresión a nivel crítico. No se encontró relación entre el SQT y las variables estudiadas (sexo, edad, estado civil, número de hijos, tipo de contrato, turno de trabajo y tiempo de trabajo en urgencias)

Conclusiones: La prevalencia del SQT encontrada en este servicio de urgencias hospitalario es elevada, lo que nos deberá obligar a confirmar su diagnóstico, y tomar medidas para su manejo y prevención.

Palabras claves: Burnout, Síndrome quemado por el trabajo, Urgencias hospitalario, estrés crónico.



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

D^a **SUSANA JIMÉNEZ MORENO**, Tutora del Trabajo Fin de Máster, titulado **“SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE URGENCIA DE UN COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO”** y realizado por el estudiante D. **HUGO ANTONIO MARROQUÍN VALZ**.

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

Fecha de la autorización: 30 DE MAYO DE 2018



Fdo.: SUSANA JIMÉNEZ MORENO
Tutor TFM



INDICE

1.	JUSTIFICACION.....	6
2.	INTRODUCCIÓN.....	7
	2.1. Síndrome de Burnout	8
	2.1.1. Definición	8
	2.1.2. Proceso de desarrollo del SQT.....	9
	2.1.3. Fases del proceso del síndrome de burnout	13
	2.1.4. Factores de riesgo	14
	2.1.5. Manifestaciones clínicas	16
	2.1.6. Prevención del síndrome de burnout	18
	2.1.7. Síndrome de Burnout y el médico de urgencias	20
	2.1.8. Prevalencia.....	26
	2.1.9. Evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo.....	26
	2.1.10. Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de estar Quemado por el Trabajo (CESQT).....	29
	2.2. Hipótesis conceptual.....	34
3.	OBJETIVOS	35
	3.1. Objetivo principal	35
	3.2. Objetivos específicos.....	35
4.	MATERIAL Y MÉTODOS	36
	4.1. Diseño.....	36
	4.2. Lugar	36
	4.3. Tiempo de ejecución	36
	4.4. Sujeto de estudio.....	36
	4.5. Variables de estudio	36
	4.6. Recogida de datos	37
	4.7. Análisis de datos	38
	4.8. Consideraciones éticas.	38

5. RESULTADOS.....	39
6. DISCUSION.....	47
7. CONCLUSIONES.....	53
8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	54
9. ANEXOS.....	57
Anexo 9.1. Cuestionario para recolección de datos.....	58
Anexo 9.2. Autorización del Comité de Ética.....	60



1. JUSTIFICACION

La Ley de prevención de Riesgos Laborales señala, en su artículo 2 inciso 1, que tiene por objeto promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo, a tales efectos, esta Ley establece los principios generales relativos a la prevención de los riesgos profesionales para la protección de la seguridad y de la salud, la eliminación o disminución de los riesgos derivados del trabajo¹. La presencia de un riesgo evidente de accidente, como por ejemplo, caídas, exposición a altas temperaturas, etc., nos obliga a tomar medidas preventivas; sin embargo, ante los riesgos psicosociales que, potencialmente, pueden ocasionar daño en campo psicológico, el aspecto orgánico o la esfera social del trabajador, no existe la suficiente sensibilidad e incluso hasta cierta tolerancia por parte de la mayoría de los responsables de la prevención como son los empresarios, servicios de prevención, técnicos de prevención e incluso por los trabajadores. Por lo general, la causa del problema se encuentra en el ámbito laboral, de donde proceden las condiciones de riesgo, ocasionadas por un mal diseño y estructura del trabajo, los riesgos psicosociales se presentan debido a que se originan situaciones de trabajo que resultan complicadas de tolerar por el común de los trabajadores, es necesario valorar el ámbito laboral y si es posible modificarlo para poder tener un trabajo con características adecuadas para el “trabajador normal” que cumplir con las funciones del puesto de trabajo.

El síndrome de burnout (SB) o síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) es una entidad consecuencia de la interacción del trabajador con determinadas situaciones perjudiciales del trabajo. El médico que trabaja en un servicio de urgencias hospitalario, sin duda alguna, está expuesto a una serie de condiciones laborales que son una suerte de “caldo de cultivo” donde puede desarrollarse el SB. Largas jornadas laborales, guardias de 24 horas sin importar que sea festivo o no, en las cuales permanentemente tiene que tomar decisiones que implican al bienestar de otras personas (pacientes), situaciones de estrés frente casos de alto riesgo, la no existencia de un límite al volumen de trabajo que se debe afrontar, en ocasiones sin condiciones de estabilidad en el empleo, son algunas de las características de la actividad médica del servicio donde se realizó el estudio y que probablemente sea un situación que se repita en otros hospitales de España. El hacer el diagnóstico de esta situación laboral y conocer su prevalencia nos llevará a buscar e identificar los riesgos inherentes a la misma lo cual permitirá diseñar una planificación adecuada orientada a su prevención.

2. INTRODUCCIÓN.

La investigación de las características psicosociales y de la organización y la interrelación de estos con la salud laboral no es reciente, pero si lo es la relevancia y el reconocimiento que se le ha dado². Los procesos de la globalización ha traído consigo cambios significativos en el modo de actuar de las organizaciones y, como consecuencia, la presencia de los riesgos psicosociales es más frecuente y también más intensa, lo que sin duda nos impone la necesidad de su identificación, su valoración y su control para evitar los riesgos asociados a la salud y la seguridad en el trabajo³.

Los factores psicosociales son condiciones encontradas en una situación laboral que tienen relación directa con la forma como se organiza el trabajo, las características del puesto, el cómo se ejecuta la tarea y además el ámbito en que se realiza y que poseen la capacidad de influir en el desempeño del trabajo y de afectar la salud de las personas. Estos factores, según su influencia, pueden resultar favorables o desfavorables para el desempeño de las actividades en el trabajo y la calidad de vida laboral. Se consideran favorables si estos contribuyen de manera provechosa al desarrollo personal de los trabajadores. Por otro lado, cuando estos son desfavorables, y se mantienen en el tiempo, actuarán en perjuicio de la salud y del bienestar del trabajador, de ser así, estamos frente a factores de riesgo psicosocial, que son causa del estrés laboral, y potenciales daños en el trabajador.

Los riesgos psicosociales son las características de cómo está diseñado, organizado y dirigido el trabajo, y su ámbito social, que tienen la capacidad de ocasionar perjuicios en la campo psicológico, el aspecto orgánico o la esfera social del trabajador⁴.

Los riesgos psicosociales pueden encontrar su fuente en problemas a nivel de los siguientes aspectos:

a) En la tarea: en este aspecto debemos considerar el volumen de trabajo asignado, desarrollo de aptitudes del trabajador, si hay falta de dificultad, si es repetitivo, si no es variable o está automatizado, además de la cadencia con que se realiza la actividad laboral, si requiere de precisión, el nivel de responsabilidad asumida, la ausencia de capacidad de decisión y la reputación a nivel social de la tarea que se desempeña en la empresa entre otros.

b) En la organización: aquí debemos tener presente las variables estructurales de la empresa como el tamaño, la diferenciación de unidades, la centralización y la formalización, si están definidas claramente las de competencias, la estructura de mando,

los medios de cómo se comunican y de proporciona la información, como son las relaciones personales entre los miembros de la empresa, como se desarrolla la socialización y la posibilidad del progreso en la carrera profesional, cuales son las características de liderazgo.

c) En el empleo: considerar las peculiaridades del lugar de trabajo, la compensación económica, si existe o no estabilidad laboral, las características físicas del puesto de trabajo.

d) Tiempo de trabajo: en este aspecto es importante el tipo de horario y la duración del mismo, si hay pausas dentro de la jornada, si se trabajan los festivos, si hay trabajo por turnos y horario nocturno, etc.

La importancia de los factores psicosociales se ha ido reconociendo cada vez más, esto ha significado una mayor dedicación y profundización sobre la materia. El interés por la relación existente de la salud laboral y los factores psicosociales se inicia probablemente de la década de 1970, desde entonces, los diferentes investigadores de la materia hacen referencia a estos, con lo cual ha ido ganando en importancia, y simultáneamente, el tema ha ido obteniendo una mayor amplitud, diversificación y complejidad, pero a su vez también una mayor ambigüedad e imprecisión.

2.1. Síndrome de Burnout

2.1.1. Definición

Definitivamente el SB guarda relación directa con el incremento de los riesgos psicosociales, este síndrome se describe desde los años setenta y es el psiquiatra Herbert Freudenberger quien, describe por primera vez este síndrome con características clínicas propias⁵, en 1974 señala que, en esencia este cuadro explica el proceso de desgaste de la atención dada por el profesional en los servicios en los cuales se trabaja en contacto con los clientes, en el sector sanitario, educativo, social, etc. Freudenberger lo definió como "fallar, desgastarse o agotarse al exigir excesivamente energía, fuerza o recursos", y afirmaba que eso es estrictamente lo que sucede cuando un trabajador de una organización se agota por cualquier razón y se vuelve inútil.

Pines y Maslach en 1978 señalan que el SB puede definirse como un "síndrome de agotamiento físico y emocional", en el cual el trabajador desarrolla un concepto negativo sobre sí mismo, se presenta actitudes laborales negativas y pérdida de preocupación y sentimientos por los clientes⁶. La definición de mayor difusión es la de

Maslach y Jackson en 1981⁷, lo definieron como un síndrome cuyos síntomas son: (a) *agotamiento emocional*, los recursos emocionales del trabajador se agotan, se perciben incapaces de dar de sí mismos tanto en el aspecto psicológico y como en el afectivo, (b) *baja realización personal en el trabajo*, el trabajador tiene la propensión de valorarse de manera negativa con respecto a su trabajo, está disgustado consigo mismo y descontento con los resultados alcanzados en el trabajo, y (c) *despersonalización*, que consiste en el aparición y progreso de actitudes y sentimientos adversos hacia los clientes a los cuales está destinado su trabajo, pudiendo llegar a la situación en que el trabajador ve a sus clientes como merecedores de los problemas que traen.

Analizándose desde el punto de vista psicosocial, el SB o SQT se entiende como una reacción a las causas del estrés laboral crónico que mantiene una íntima vinculación a relaciones sociales intensas y duraderas entre el trabajador que provee el servicio y los receptores de los mismos, llamase cliente, paciente, usuario, etc. Se considera como un mecanismo de autodefensa y enfrentamiento al estrés ocasionado por determinadas relaciones laborales lo que nos llevan a este síndrome, esto significa que es una alteración de la salud del trabajador como consecuencia de la actividad laboral que realiza. Si bien es cierto, esta reacción, se observa más en las actividades en las que se brindan servicios directamente al usuario (profesionales médicos, de enfermería, profesores, policías, trabajadores sociales, etc.) este síndrome también se ha descrito en profesionales que se desempeñan en cargos directivos, en vendedores, deportistas, entrenadores, etc.

Gil-Monte⁸, considera al SQT como una “respuesta psicológica al estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional” la cual se manifiesta y desarrolla en los profesionales que trabajan en aquellas empresas que brindan servicios y que su actividad principal la realizan directamente con clientes o usuarios de la empresa. Señala que presentan un deterioro cognitivo con las siguientes características: (a) pérdida de ilusión por el trabajo, el desencanto profesional o la baja realización personal en el trabajo; (b) deterioro afectivo, caracterizado por agotamiento emocional y físico; y (c) aparición de actitudes y conductas negativas hacia los clientes y hacia la organización, de tal manera que son indiferentes, y en alguna situación incluso perjudicial. En ocasiones, esta sintomatología referida se acompaña de sentimientos de culpa.

2.1.2. Proceso de desarrollo del SQT

El SQT, como hemos visto previamente, tiene una serie de síntomas que lo caracterizan tales como la pérdida de ilusión por el trabajo, el agotamiento emocional, la

sensación de no verse realizado profesionalmente, los sentimientos de culpa, la indolencia hacia los clientes, etc.; pero, la presencia de estos no necesariamente hacen el diagnóstico del SQT. Si bien es cierto que la suma de signos y síntomas y el hallazgo del factor etiológico que las ocasionan nos llevan al diagnóstico de las enfermedades orgánicas, en el SQT y en otras alteraciones psicosociales es necesario que los síntomas y signos sean entendidos dentro del contexto en que estos surgen y la secuencia de cómo se desarrollan, también es indispensable la confluencia de síntomas que afecten negativamente el plano cognitivo, afectivo y actitudinal del trabajador antes de afirmar que el síntoma presentado es parte del síndrome^{4,8}.

El SQT surge, como consecuencia del estrés laboral crónico, cuando el desarrollo de esfuerzos por parte del trabajador, tanto de conocimientos como de conducta, es insuficiente para enfrentar a las exigencias externas y/o internas de su entorno laboral y se inicia con el deterioro psíquico y emocional, luego se pondrán en manifiesto las actitudes inadecuadas e incluso en contra de los usuarios de la empresa. Esto no quiere decir que hay que situar el origen en una alteración en los recursos psíquicos del trabajador, lo que realmente sucede es que las exigencias emocionales son las que exceden la capacidad y la "tolerancia" para responder a esas demandas, lo que quiere decir que hay que situar al entorno laboral como el desencadenante del síndrome. En la figura N° 1 se describe un modelo que ilustra el proceso de generación del SQT⁹.

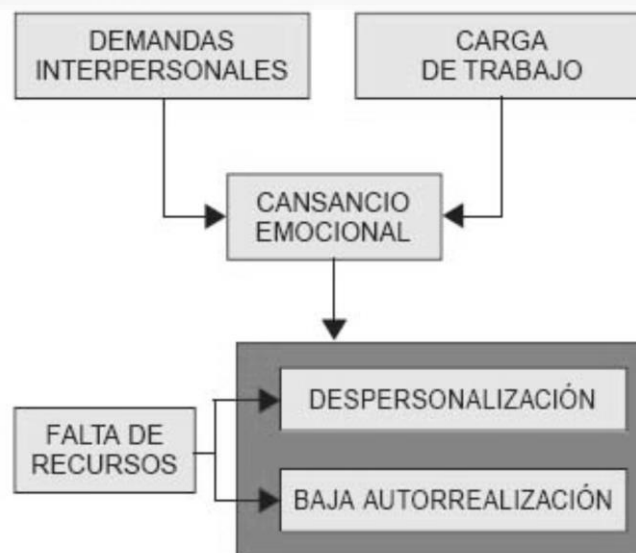


Figura 1. Modelo de proceso del SQT, según Leiter (1993).

Tomado de la NTP 704 del INSHT⁹

Si bien los estudiosos del SB señalan que este es una respuesta al estrés laboral crónico², hay que indicar un aspecto, una cualidad, de suma importancia, el estrés es el consecuencia de una excesiva carga cualitativa y cuantitativa, mientras que el SB surge solamente cuando el trabajador ha estado previamente estimulado para realizar su trabajo y es ese mismo trabajo que el posteriormente le resulta intolerable y por lo tanto lo rechaza.

El SB guarda relación con actividades laborales en que el trabajador brinda directamente sus servicios a clientes, el contacto con estos es parte de la naturaleza de su trabajo, estas relaciones son la principal fuente de estrés y el primer factor de riesgo que da origen al proceso. La aparición de conductas adversas hacia sus clientes o usuarios, probablemente, no sea una elección inicial por parte del trabajador debido a que estas son contrarias al desempeño profesional y a los valores sociales, pero, estas van surgiendo como respuesta al estrés laboral crónico. Si bien los síntomas y el deterioro en la salud del trabajador dependerán de su personalidad, de los mecanismos de defensa empleados, de sus características individuales y la interacción con las condiciones del trabajo, es el ambiente laboral el que desencadena y desarrolla los síntomas. La salud laboral sufre una influencia determinante de las condiciones de trabajo, que son fuentes de estrés, y por lo tanto se ve afectada la calidad del servicio que se ofrece. El índice de accidentes, de morbilidad y ausencia de los trabajadores tienen relación directa con las condiciones de trabajo. Las actitudes negativas los trabajadores hacia los clientes de la empresa y hacia el servicio que brindan están directamente relacionada a los riesgos de su ambiente laboral.

Gil-Monte⁸ propone que el síndrome se inicia luego que el trabajador hace la reevaluación de sí mismo, en el momento que sus mecanismos de defensa contra el estrés laboral crónico dejan de funcionar. Las primeras manifestaciones que presenta el individuo son el deterioro cognitivo (pérdida de ilusión por el trabajo) y emocional (desgaste psíquico) y, posteriormente, aparecen las actitudes negativas hacia los usuarios (indolencia), que actúan como una maniobra de enfrentamiento al menoscabo que se está sufriendo a nivel cognitivo y emocional. Además, de los tres síntomas mencionados, en algunos trabajadores se desarrollan sentimientos de culpa. La culpa es una emoción social que está directamente unida a responsabilidad que surge ante las necesidades de otra persona y su compromiso de cuidarla y no en una relación reciprocidad.

Según el modelo teórico que sustenta Gil-Monte para el SQT, la variable culpa permite establecer dos perfiles en relación a la manifestación del síndrome. En el **perfil 1** tenemos a los que usan mecanismos que le permiten defender el empleo de actitudes prohibidas por la ética como el uso de justificaciones, deslinde de responsabilidades, proyección de la culpa, etc. Estos trabajadores pueden tener niveles bajos de ilusión por el trabajo, niveles altos de desgaste psíquico y niveles altos de indolencia, pero frecuentemente no percibirán la sensación de culpa a pesar que el trato, a los usuarios de sus servicios, sea inadecuado o incluso agresivo, por no responder a lo que ellos esperan de su trabajo. Son trabajadores que pueden estar periodos largos de tiempo en la organización sin mostrar problemas significativos en relación al estrés laboral, aunque con sus actitudes negativas menoscaben la calidad del servicio ofrecido y den lugar a reclamaciones de los usuarios en relación a la atención recibida.

En cambio, en el **perfil 2**, si bien tienen los mismos síntomas del SQT, los trabajadores presentan remordimientos por no cumplir adecuadamente su labor, por sentirse desgastados y no ser capaces de dar más y por tener actitudes de enfrentamiento que traen como consecuencia una atención inadecuada e impersonal a los usuarios. La Figura 2 muestra un esquema secuencial de esta situación. En este perfil 2, la culpa condicionará la presencia de las consecuencias más graves del SQT, los trabajadores pueden presentar cuadros psiquiátricos como crisis de ansiedad y/o depresión llegando al punto de requerir la baja laboral.

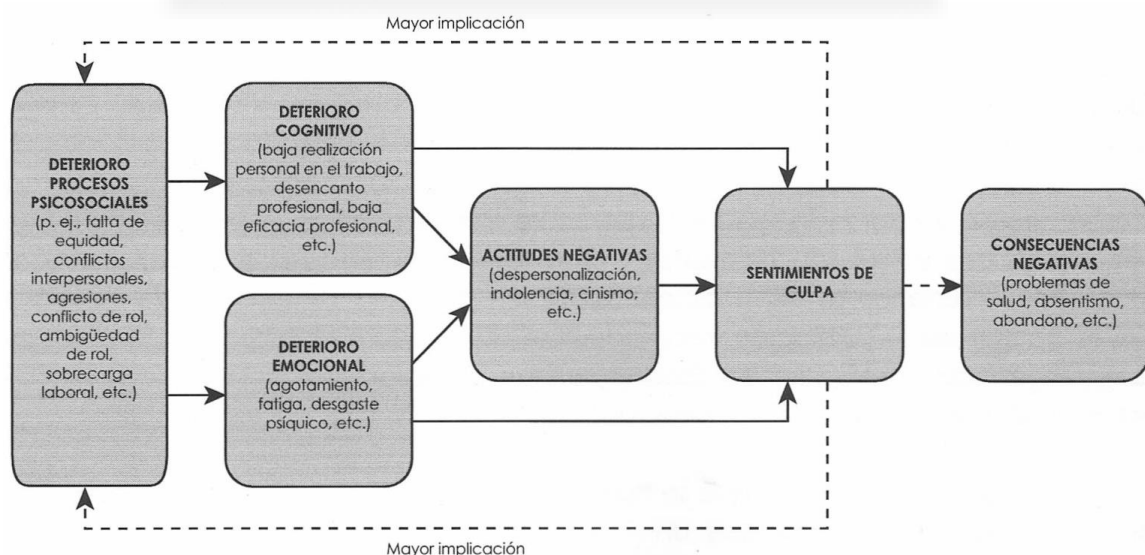


Figura 2. Función de los sentimientos de culpa en el proceso de desarrollo del SQT y sus consecuencias. Tomado del Manual del CESQT de Gil-Monte⁸

Los sentimientos de culpa llevarán al trabajador a una necesidad de tener que implicarse más con su trabajo con la finalidad de disminuir sus sentimientos de culpa, pero como ambiente laboral no cambia, aumentará el deterioro cognitivo y emocional y nuevamente se manifestará la indiferencia, la indolencia y la despersonalización; convirtiéndose así en un círculo perverso que sostiene o alimenta el síndrome. El resultado de esto se manifestará en la pérdida de la salud del trabajador con lo que incrementará los días de bajas laborales y se alimentará el deseo de retirarse de la empresa y e incluso dejar la profesión.

2.1.3. Fases del proceso del síndrome de burnout

Desde la década de los 80 se han propuesto diferentes fases que todo trabajador con SB pasa al desarrollarse este síndrome, inicialmente se consideraban cuatro fases a la que posteriormente se ha incluido una quinta^{9,10,11,12}:

- **Fase de entusiasmo:** en esta primera fase, el individuo que inicia su actividad, cuya finalidad es dar servicio a personas, experimente entusiasmo, incluso pasión y tiene perspectivas de crecimiento con elevadas aspiraciones. Hay carencia de noción de peligro. Puede extender la jornada laboral.

- **Fase de estancamiento:** en esta segunda fase empieza a sentir cierta sensación de derrota. No alcanza las expectativas deseadas. Cuestiona las retribuciones recibidas por el trabajo porque considera que no están en relación con el esfuerzo realizado. Aparece el desequilibrio entre las exigencias y los recursos lo que define el estrés psicosocial. El trabajador no se siente capaz de responder eficazmente.

- **Fase de frustración:** en esta tercera fase el trabajo se percibe como algo carente de sentido. Se generan sentimientos negativos hacia el trabajo, se percibe como impedimento para sentirse satisfecho y conseguir estatus personal. El trabajador se encuentra frustrado, la desilusión y/o el abatimiento se hacen presentes, se irrita con facilidad y es causa de conflictos entre sus compañeros de trabajo. En esta fase puede empezar a deteriorarse la salud y manifestarse desequilibrios a nivel emocional, de conducta y fisiológicos. Estamos en el núcleo central del síndrome.

- **Fase de apatía:** en esta cuarta fase se presentan cambios en la actitud y la conducta, el trabajador está a la defensiva, su actitud hacia los usuarios tiende a ser distante y mecánica, antepone abiertamente la satisfacción de sus necesidades a la mejor atención del usuario y evitará las tareas estresantes. Estos son mecanismos de defensa cuando la frustración se vuelve crónica. Se hace presente el agotamiento físico y

emocional, evita todo lo que signifique cambio o un nuevo desafío, si es posible evita atender a los usuarios de la empresa.

- **Fase de quemado:** en esta quinta etapa se presenta el colapso emocional y cognitivo, con repercusión importante en la salud del trabajador. Como consecuencia el trabajador puede verse obligado a dejar su trabajo y acarrear una vida de frustración e insatisfacción a nivel profesional.

Se ha observado que este síndrome es de naturaleza cíclica, puede recurrir aun cambiando de trabajo y en otras situaciones de la vida laboral.

2.1.4. Factores de riesgo

A. Variables individuales^{9,10}

Podemos decir de manera general que las profesiones y los trabajos que brindan servicio están marcados por un deseo del trabajador en querer influir, en poner la diferencia, de manera positiva, en la persona a la que se le presta el servicio, y si por alguna razón esto se ve frustrado no pasa inadvertido. Se consideran variables que incrementan el riesgo de progresar hacia el SB las siguientes: elevado entusiasmo, pobre compensación económica, falta de apoyo y/o refuerzo institucional, empleo inapropiado de los medios disponibles y ser trabajador joven. Uno de los colectivos donde se han hecho muchas investigaciones es el personal de enfermería y se muestra un elevado desnivel entre el altruismo, la formación profesional y la realidad laboral. La relación del SB y las diversas variables demográficas, no ha mostrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a sexo, grupos etarios, estado civil, número de hijos, puesto de trabajo, tipo de contrato, etc.

En las variables individuales, también, aparecen como predictor del SB el nivel de implicación, las estrategias de enfrentamiento y el equilibrio de afectos. Otra variable a considerar es la personalidad, es así que, se alude a la "personalidad resistente al estrés". La implicación e identificación personal marcan el compromiso del trabajador con lo que hace, siendo consciente de sus valores, los objetivos que guían a la conducta y la confianza con los demás a nivel personal. Frente a las situaciones adversas, el desafío significa que el trabajador advierte el cambio como una ocasión de mejoría del momento que está pasando y/o de sus propias habilidades.

Aunque la causa del SB está vinculado con el tipo y las condiciones del trabajo, las variables individuales influyen de manera importante en las respuestas y, sin lugar a dudas, en las consecuencias del SB.

B. Variables sociales¹⁰

Debemos tener presente que las relaciones sociales que se desarrollan en el centro laboral y fuera de este pueden modificar la acción de los factores de riesgo a favor o en contra. Es fundamental el apoyo que beneficie la integración, la sensación de que hay disposición de los demás para comprender, informar y en brindar ayuda y asistencia en el trabajo. Se identifica como soporte social: a la pareja, la familia, los vecinos, los amigos, compañeros, superiores o supervisores, grupos de autoayuda, profesionales de servicio y cuidadores.

Las variables sociales se pueden agrupar en dos:

a) *Variables sociales extra-laborales.* Vínculos familiares y/o amicales. Las publicaciones sobre el SB remarcan lo importante que son el soporte familiar y/o de los amigos, y el hecho de saberse querido, ser estimado e incluso cuidado. El soporte en el interior del hogar, atenúa los efectos de los factores de riesgo menores del día a día. La ausencia de soporte social puede ser causa de estrés o aumentar el efecto de otros estresores; por el contrario, su presencia disminuye o elimina estresores, influye en cómo se perciben, en los mecanismos de defensa y en levantar el ánimo, la motivación y la autoestima.

b) *Variables organizacionales.* Se consideran aquellas cuyo origen están en el trabajo como: la exigencia, la supervisión, el ambiente físico, las características del puesto, los aspectos temporales, la inestabilidad laboral, el desempeño del rol, las relaciones personales, posibilidad de hacer carrera, las políticas y clima organizacional. Las particularidades de las exigencias y el estrés en el trabajo se dividen en dos: las cuantitativas y las cualitativas. Las cuantitativas se relacionan con la carga laboral, y las cualitativas aluden a la clase y contenido de las tareas, carácter y dificultad de las exigencias laborales. La carga laboral en exceso alta o baja suelen ser factores adversos, lo que no sucede en los niveles de carga laboral moderados. La sobrecarga real de trabajo y la presión horaria influyen negativamente en el rendimiento a nivel de conocimientos, incrementan el malestar afectivo y la reactividad fisiológica.

En el aspecto cualitativo se han estudiado las consecuencias estresantes de labores de riesgo y de peligro muy alto y las consecuencias negativas de la rutina y simplicidad de la labor. Son potencialmente estresantes las tareas de control y el control porque requieren atención continua. La responsabilidad excesiva es origen de estrés.

Desarrollar habilidades y capacidades en el trabajo, sin excederse, favorece la satisfacción laboral. La alta demanda y el alto control desarrollan competencias y conductas de enfrentamiento. Si se desea prevenir el estrés laboral es necesario conocer los recursos personales del individuo y sus preferencias con respecto a las exigencias del puesto a desempeñar.

Los horarios laborales son elementos que pueden ocasionar el SB, así tenemos: la turnicidad, altas rotaciones, trabajo nocturno, jornadas laborales largas o excesivo número de horas extraordinarias, jornadas de horas indeterminadas. La duración de los turnos y la rotación guardan relación favorable con la calidad de sueño, ritmo cardíaco, satisfacción laboral, atención, rendimiento cognitivo y accidentes. Cuando se tiene que determinar cuáles serán los horarios y/o rotaciones que se requieren, se debe tomar en cuenta los variables sociales, los factores ambientales y las características laborales de manera conjunta con características demográficas y las variables individuales.

De los aspectos laborales que más se han revisado es la definición de roles laborales como el resultado de la interacción social del trabajador en el ambiente laboral. Estas interacciones pueden llevar a confusión, por falta de información y conflicto del rol, como demandas contradictorias entre sí, que desencadena en estrés del rol. Este estrés origina tensión, ansiedad, insatisfacción y la tendencia a abandonar el trabajo. Hay algunos tipos de trabajo más vulnerables al estrés de rol como los de roles limítrofes, los de niveles de mandos intermedios y los puestos poco definidos. Los deseos de desarrollo profesional pueden ser origen de estrés, porque los trabajadores aspiran a progresar y a alcanzar algunas metas y expectativas.

2.1.5. Manifestaciones clínicas

El SB tiene una gran variedad de manifestaciones y no siempre ha sido fácil diferenciar cuál es un síntoma y cuál es una consecuencia de este, estudiosos de la materia sugieren que el problema nace desde la misma definición del síndrome, por ejemplo, el término de "*agotamiento emocional*", que es parte de la definición que dan Maslach y Jackson para el SB, podría considerar y abarcar una gran variedad de manifestaciones (p. ej. desilusión, pesimismo, falta de tolerancia, etc.). Si tenemos en cuenta, además, que el SB ha sido descrito en un importante número de profesiones y grupos poblacionales esto podría aumentar la dificultad.

En la Tabla 1, se muestra una clasificación de los síntomas descriptivos del SB tomada de Moreno-Jiménez y col¹³.

Tabla 1. Síntomas descriptivos del Síndrome de Burnout

Emocional	Cognitivos	Conductuales	Sociales
Depresión.	Pérdida de significado.	Evitación de responsabilidades.	Evitación de contactos.
Indefensión.	Pérdida de valores.	Absentismo.	Conflictos interpersonales.
Desesperanza.	Desaparición de expectativas.	Conductas inadaptativas.	Malhumor familiar.
Irritación.	Modificación de autoconcepto	Desorganización.	Aislamiento.
Apatía.	Desorientación cognitiva.	Sobreimplicación.	Formación de grupos críticos.
Desilusión.	Pérdida de la creatividad.	Evitación de decisiones.	Evitación profesional.
Pesimismo.	Distracción. Cinismo.	Aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas	
Hostilidad.	Criticismo generalizado.		
Falta de tolerancia.			
Acusaciones a los clientes.			
Supresión de sentimientos.			

Los síntomas también se pueden agrupar de siguiente manera, Tabla 2^{13,14}:

Tabla 2. Síntomas del Síndrome de Burnout

Psiquiátricos	Somáticos	Organizacionales
Depresión	Cefalea	Deterioro en las relaciones laborales
Ansiedad	Dolores musculares	Pobre desarrollo profesional,
Trastornos del carácter.	Pérdida de apetito	Rivalidad,
Disfunciones familiares graves (violencia)	Disfunción sexual	Individualismo,
Adicciones (incluida al trabajo).	Gastrointestinales (úlceras)	Fallas operativas reiteradas,
Suicidio	Endócrino,	Desmotivación
	Nervioso,	Inconformismo
	Circulatorio	
	Otros psicósomáticos	

Dentro de las manifestaciones que puede presentar el SB durante el desempeño de la profesión, se ha señalado que el médico podría mostrar las conductas señaladas a continuación, Tabla 3^{14,15}:

Tabla 3. Manifestaciones conductuales del médico con síndrome de burnout.

<p>Ausencia de compromiso emocional</p> <p>Al perderse el contacto de la relación médico-paciente, el médico puede mostrar un trato displicente, empleo inadecuado de los datos que dispone y una ausencia de interacción a las sentimientos del paciente.</p>
<p>Disociación instrumental extrema</p> <p>Esta se manifiesta como un comportamiento mecánico y áspero, tal como: comunicación unidireccional, desmedido uso de pruebas complementarias, reiteración de monólogos mecanizados, empleo único de lenguaje médico y actuaciones inútiles.</p>
<p>Embotamiento y negación</p> <p>Al no ser consciente de su situación, estado de agotamiento y enfado permanente, el médico tiene conductas interpersonales de enfrentamiento, intervenciones descalificadoras, críticas muy duras y falta de valoración autocrítica.</p>
<p>Impulsividad</p> <p>El facultativo afectado comienza a actuar usando comportamientos reactivos de enfado, enfrentamientos reiterados con colegas, pacientes y un trato inapropiado con el resto de personal sanitario.</p>
<p>Desmotivación</p> <p>Asociada a la ausencia de realización personal y a la pobre autoestima, que se podría reflejar en la carencia de soporte en los tratamientos, pérdida de iniciativa y perseverancia en los trabajos de equipo, faltas, tardanzas y escasa actividad o ausencia en proyectos de equipo.</p>

Diversas investigaciones apuntan que las consecuencias del desgaste profesional pueden reflejarse, además de sí mismo, en las personas de su entorno, por ejemplo, está confirmado que médicos con altos niveles de SB tienen más errores en el manejo de sus pacientes cuando se compararon con médicos sin el síndrome.

2.1.6. Prevención del síndrome de burnout

Se ha trabajado mucho en tratar de desarrollar estrategias para eliminar o reducir los riesgos que favorecen a la presencia del SB, igualmente en mejorar la calidad de vida y prevenir el estrés en el trabajo. Conociendo donde básicamente se encuentra el problema se debería trabajar en el entorno laboral, más que a nivel individual.

Esto requiere un trabajo conjunto desde los directivos de la organización como los servicios de prevención, que deben conocer este síndrome, su proceso de desarrollo y las estrategias de prevención e intervención.

La NTP 705 sobre el Síndrome de estar quemado por el trabajo (II)¹⁶, sugiere una clasificación orientativa de la actuación se debe hacer en tres niveles distintos: organizativo, interpersonal e individuales, como se muestra en la Tabla

Tabla 4. Niveles de actuación sobre el Síndrome de Burnout.

Nivel organizativo	Nivel interpersonal	Nivel individual
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar y evaluar los riesgos psicosociales, cambiando las condiciones que favorecen el SQT. • Programas de ajuste entre los objetivos de la organización y los del trabajador. • Establecer mecanismos retroalimentación del resultado del trabajo. • Promover el trabajo en equipo. • Disponer de formación continua y desarrollo del trabajo. • Aumentar el grado de autonomía y control del trabajo, descentralizando la toma de decisiones. • Evitar ambigüedades y conflictos de roles. • Establecer líneas claras de autoridad y responsabilidad. • Definición de competencias y responsabilidades. • Formación en desarrollo de competencias psicosociales • Regular la demanda de la carga de trabajo, • Mejorar la comunicación y promover la participación. • Fomentar la colaboración y no la competitividad en la organización. • Flexibilidad horaria. • Favorecer y establecer planes de promoción transparentes e informar de los mismos. • Crear grupos de soporte para proteger de la ansiedad y la angustia. • Promover la seguridad en el empleo. • Facilitar a los trabajadores de los recursos adecuados para conseguir los objetivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer los vínculos sociales entre trabajadores, favorecer el trabajo en grupo y evitar el aislamiento. • Formar a los trabajadores en estrategias de colaboración y cooperación grupal. • Promover y planificar el apoyo social en el trabajo • Realizar grupos de apoyo para discutir la relación con el trabajo por parte de los profesionales. • Dirigir bien y con un estilo adecuado. Formar a los gestores en ello. • Entrenamiento en habilidades sociales • Es preciso establecer sistemas democráticos-participativos en el trabajo. • Consolidar la dinámica grupal para aumentar el control del trabajador sobre las demandas psicológicas del trabajo. • Establecer trabajos de supervisión profesional (en grupo) a los trabajadores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una orientación profesional al inicio del trabajo. • Es importante tener en cuenta la diversificación de las tareas y la rotación en las mismas. • Poner en práctica programas de formación continua y reciclaje. • Mejorar los recursos de resistencia y proteger a la persona para afrontar las situaciones estresantes. • Formar en la identificación, discriminación y resolución de problemas. • Entrenar en el manejo de la ansiedad y el estrés en situaciones inevitables de relación con el usuario. • Implementar cambios de ambiente de trabajo, rotaciones. • Entrenamiento en el manejo de la distancia emocional con el usuario, manteniendo un equilibrio entre la sobreimplicación y la indiferencia. • Establecer programas de supervisión profesional individual. • Aumentar los recursos o habilidades comunicativas y de negociación. • Trabajar la retroalimentación, reconociendo adecuadamente las actividades finalizadas. • Entrenamiento a fin de conseguir un ajuste individuo/puesto de trabajo

Además, sugieren el uso de algunas técnicas, como:

- a) Técnicas de reestructuración cognitiva. Con las cuales el profesional podría aprender a afrontar las situaciones de estrés, reevaluándola y reformulándola de manera que dejen de serlo e incluso se usan de manera positiva.

- b) Técnicas de autorregulación o control: de gestión del tiempo, de delegación, de desarrollo de habilidades sociales, de asertividad, de resiliencia, de entrenamiento en solución de problemas, etc., que mantengan la motivación y el sentido del desempeño del puesto en el trabajo.
- c) Técnicas de relajación, como el yoga y otras, para que el trabajador esté en mejores condiciones de afrontamiento.

2.1.7. Síndrome de Burnout y el médico de urgencias

La medicina de urgencias es un campo dentro la medicina que tiene al estrés como algo que está implícito en su qué hacer, como algo que no puede evitarse. No es infrecuente que entre los médicos que realizan su trabajo en urgencias surjan frases como “estoy cansado”, “estoy quemado” e incluso perder la motivación, pero más grave aún es el que se estén manifestando los síntomas de este síndrome y que se asuma como algo “normal” y que no se percate de que hace falta ayuda. El desarrollo del SB, como hemos visto, es una combinación de factores y en el caso del trabajo en la medicina de urgencias se tiene lugar o entorno de laboral donde la actividad por sí misma es estresante, si a esto se suman no solo los pensamientos negativos que se van apareciendo y/o manifestándose, sino también la respuesta tanto emocional como física, que se traduce en la ansiedad, tensión, agresividad, entre otros, se está frente a las condiciones para que esta patología se haga evidente.

Además de tener un excelente nivel académico, se espera de todo médico que sea dedicado y responsable, así como altruista. Del médico de urgencias se espera además otras características como su serenidad, su capacidad de analizar y actuar bajo presión y mantener la calma, el tener que tratar a varios pacientes simultáneamente entre otros. Estas cualidades pueden presentar su lado negativo y que junto con el estrés lleven que los “mecanismos de defensa” del médico no den abasto y desarrollar el síndrome.

En urgencias ser “dedicado y responsable” significa en muchos casos a aceptar una carga laboral que puede resultar excesiva y que esto ayude a presentarse la sensación que más que un trabajo sea un suplicio. La generosidad que muestra en el desempeño de su actividad no siempre viene con el reconocimiento de esta, lo cual podría originar sensaciones de resentimiento. El nivel académico exigido, la fuerte personalidad necesaria y su independencia para actuar pueden llevar a desarrollar una situación en la que no sea capaz de pedir ayuda y con esto sentirse solo y en ocasiones sentir miedo. No debemos olvidar, además, que en general al médico no se le permite errores y que esto lleva implícito consecuencias legales posibles.

Entonces se pueden encontrar tres características que al combinarse pueden favorecer al desarrollo del SB:

- a) El ambiente laboral.
- b) Pensamientos negativos
- c) Respuestas psicológicas y físicas

El ambiente laboral.

El médico de urgencias suele estar bajo la mirada crítica de todos, lo cual es una situación generadora de estrés, por parte de los compañeros del mismo servicio, pero en especial de los colegas de otras especialidades que no solo critican las acciones terapéuticas sino que frecuentemente son señaladas en la historia clínica. En un país como España en que no está reconocida la medicina de urgencias como una especialidad, la percepción de estar por “debajo” de los “infalibles” especialistas suele estar presente, pero sí se exige que en breve tiempo se tomen decisiones importantes en pacientes de los cuales muchas veces se tiene poca información, lo cual no deja de generar incertidumbre más aún si la vida del paciente está en riesgo. Las relaciones interprofesionales es otro aspecto a considerar, la necesidad de interconsultas con los colegas de otras especialidades no siempre son bien recibidas, muchas veces se ve al médico de urgencias como proveedor de más trabajo lo que obliga a tener que sustentar por qué y en más de una ocasión sentirse “examinado”.

El realizar un trabajo que lleva consigo gran responsabilidad de por si es un gran estresor y atender a pacientes que acuden a un servicio de urgencias implica que este sea mayor, por lo que implica tratar día a día con el sufrimiento de otros seres humanos, situaciones que en ocasiones se pueden acompañar de frustración. Los pacientes que acuden a urgencias, pueden ser pacientes graves, pacientes de edad avanzada y pluripatológicos, pacientes con enfermedades crónicas y/o degenerativas, pacientes en fase terminal, sin olvidar el hecho de en ocasiones se tiene que lidiar con paciente o familiares problemáticos, estos son otros estresores presentes. Hay que considerar también a pacientes sin hogar, los que sufren violencia, los intoxicados, los pacientes psiquiátricos y el hecho de estar expuesto a contagio de enfermedades con VIH, hepatitis y otros. Y finalmente, pero muy importante, existe un elevado número de paciente que sin ser una urgencia llegan al servicio exigiendo ser atendidos, los cuales requieren dedicación restándole tiempo a los pacientes que necesitan y contribuyen de manera muy significativa en saturar el servicio de urgencias y generan en el médico el pensamiento

que no está usando adecuadamente los recursos que tiene la sanidad, o que tiene que dedicarse a solucionar problemas que le corresponde a otros.

La sobrecarga de trabajo suele ser una situación frecuente. No existe un “cupo” de pacientes al que se debe atender, se tiene que atender a todos los que llegan a la urgencia, al no haber un límite se hace ostensible la falta de personal que suele existir. En muchos hospitales hay que considerar las instalaciones deficientes e insuficientes para la demanda asistencial.

El ambiente de trabajo, en muchas ocasiones, suele ser un ambiente ruidoso por los equipos con los que se tiene que trabajar además del asedio de la llegada de paciente en ambulancias y las múltiples personas hablando simultáneamente, el ruido es otro generador de estrés.

Pensamientos negativos.

La sensación de estar insatisfecho con su trabajo. Son muchos años de formación para una profesión que inicialmente les provocaba entusiasmo y que luego se vuelve en una actividad que ya no es satisfactoria, puede ser percibido incluso como desagradable, lo que provoca agotamiento físico y psicológico.

Frustración. Generada por el hecho de no poder desempeñar su trabajo adecuadamente, en especial en las épocas de mayor demanda asistencial. Además, de no percibir la posibilidad de cumplir con los logros personales.

Insuficiente retribución económica. Se tiene la percepción que la remuneración recibida es inadecuada para la labor tan exigente que se realiza lo que suele acentuar la sensación de no estar satisfecho en el trabajo.

Respuestas psicológicas y físicas

Suelen ser respuestas individuales y los efectos tienen expresiones tanto en el ambiente laboral, social y familiar. Hay algunas características comunes, como la ansiedad, que cuando se mantiene y magnifica puede llegar a desarrollar indiferencia con el sufrimiento de los pacientes. Con el tiempo hay la pérdida de ilusión, falta de interés en lo que antes lo entusiasmaba, irritabilidad, llegando a la sensación de soledad.

Las respuestas propiamente físicas son diversas, desde síntomas y signos leves hasta el desarrollo de padecimientos crónicos. Dentro de las más comunes se encuentran: Temblor en manos, taquicardia, aumento en respiración, etc. Los padecimientos crónicos consecuencia del SB que se han asociado como consecuencias

del estrés crónico e intenso son: hipertensión arterial sistémica, cardiopatía isquémica, trastornos gastrointestinales. El deterioro emocional, generalmente no expresado, como depresión, ansiedad, ira, fatiga, cambios de personalidad, alteraciones de la conducta, empleo excesivo de tabaco, alcohol, o bien el abuso de sustancias prohibidas (marihuana, cocaína o fármacos como anfetaminas por mencionar algunos).

La presencia de conflictos interpersonales a nivel familiar, compañeros de trabajo e incluso divorcios. El comportamiento impulsivo en diversos ámbitos de la vida incluido el sexual, con conductas consideradas riesgosas. Finalmente disfunción intelectual manifestada por dificultad para concentrarse y disminución en la eficiencia al realizar actividades.

Efectos del SB

a) A Nivel profesional. Podemos encontrarnos frente a las siguientes situaciones:

- Calidad de atención deteriorada
- Riesgo de caer en errores graves que nos lleven a implicaciones de orden legal con lo expongan a perder la libertad y el derecho de seguir ejerciendo la profesión médica.
- Deterioro de la relación médico-paciente y de las relaciones con el equipo de trabajo alterará la calidad de atención.
- La falta de buena comunicación que genera malestar en los familiares y falta de confianza por parte del paciente.
- Pérdida de comunicación con los demás médicos colegas (adjuntos y residentes) del equipo y en especial con el grupo de enfermeros.
- Actitud de negación, aun siendo conscientes que los problemas lo superaron, trata de no mostrar que el estrés lo está afectando. Esto tiene además otra explicación; la necesidad de proteger su identidad como médicos pues este síndrome amenaza la tremenda inversión psicológica, emocional y muchas veces familiar, además, del esfuerzo para llegar ser médicos; lo que se trata es de guardar la imagen que los demás tienen de ellos. Además, el continuar trabajando es una manera más de negar que existe un problema.

b) Nivel personal y familiar. El SB se manifiesta primero en la vida personal y familiar del médico. Hay una tendencia al aislamiento de familiares y amigos tratando de evitar que se reconozca que tienen un problema por el deseo mantener la imagen autosuficiencia.

Signos de alarma

Hay manifestaciones que se deben considerar signos de alarma, síntomas frente a los cuales el médico debería buscar ayuda y resolver esta enfermedad, como:

- Negación en aceptar que tiene el problema.
- Aislamiento de la familia, sus colegas y amigos.
- Ansiedad, en especial de que algo malo va a acontecer.
- Miedo o temor de ir al trabajo.
- Depresión, síntoma muy peligroso ya que puede llevar al suicidio.
- Ira. Perder la calma y el control, enfado exagerado.
- Fuga o anulación. El médico llega tarde o muestra un desinterés en el trabajo.
- Adicciones. Aumenta el consumo de sustancias, de tabaco o alcohol.
- Cambios en la personalidad. Incapacidad de poder confiar.
- Culpabilidad y autoinmolación. Siente que su trabajo es prácticamente un castigo o bien el sentimiento exagerado de ser indispensable en el trabajo.
- Cargas excesivas de trabajo. Acepta varios turnos o pasa más tiempo en forma excesiva en el Hospital para comprobar que todo está bien es otra manifestación de autonegación.
- Comportamiento riesgoso. No habitual en el médico, desde simplemente embarazoso, inapropiado e impulsivo hasta peligroso en diversos ámbitos de la vida, incluido el sexual con conductas consideradas de riesgo.
- Sensación de estar desbordado y con desilusión. Percepción de ya no poder seguir trabajando con el mismo ritmo ni entusiasmo que al principio, tiene sensación de fatiga crónica.
- Abandono de sí mismo. En su arreglo e higiene personal. Hay cambios en los hábitos alimenticios, con pérdida o ganancia exagerada de peso.
- Pérdida de la memoria y desorganización. Existe dificultad para concentrarse y aprender. No se pueden recordar eventos importantes familiares y laborales.
- Puede haber trastornos del sueño.

¿El SB es inevitable en la práctica de la medicina de urgencias?

En los estudios realizados en hospitales en América del Norte se reportan valores de prevalencia por encima 70% del SB en los médicos de urgencias y en una reciente

editorial del Canadian Journal of emergency medicine proponen el debate si esto es inevitable¹⁷. Por un lado se enfoca que en general que el mundo que nos rodea se ha vuelto cada vez más estresante y también lo es la práctica de la medicina, la capacidad del médico para hacerle frente no es menor de lo que era; más bien, estamos cada vez más abrumados por aquello con lo que estamos involucrados. Además se pone en valor los diferentes factores de riesgo que hemos venido mencionado y que lo importante que es que se hayan introducido en los programas de formación de los médicos residentes conocimientos de cómo evitar el SB, debido a que este síndrome es prácticamente inherente a la práctica de la medicina de urgencias.

Por otro lado se plantea que para formar al médico de urgencias adecuado, se debe elegir la materia prima adecuada y unirla correctamente. Los potenciales médicos de urgencias deberían ser innovadores, eficientes, enérgicos, amistosos y seguros, además, considerando el entorno estresante en el que se trabaja y la gravedad de las decisiones que se toman, se sugiere que la resiliencia sea otra característica más. Una distribución uniforme de estos atributos es importante, ya que los extremos de alguno de ellos puede ser una desventaja. Se considera que los estilos de afrontamiento son importantes, ya que los estilos orientados a tareas (respuesta a la acción ante el estrés) se han asociado con una disminución del agotamiento, mientras que la respuesta emocional al estrés tiene una asociación positiva. Individuos excesivamente sensibles, demasiado cautelosos o poco flexibles, sería mejor alejarlos de una carrera en medicina de urgencias. Otros elementos claves en la práctica de la medicina de urgencias son el pensamiento crítico, el profesionalismo y la competencia. Junto con estas características recuerdan que los administradores deben tener presente lo relevante que es su trabajo para evitar el agotamiento, entre los aspectos importantes se incluyen garantizar una política de remuneración justa, mantener el entorno y el horario de trabajo lo más agradable posible, y abogar por los pacientes igualmente que por los médicos para proporcionar la atención al paciente en todo su potencial.

Mientras en España no exista la especialidad de medicina de urgencias en la cual la formación sea orientada adecuadamente a enfrentar la patología y problemática propia de esta parte de la medicina y que en ella se incluya la formación en desarrollo de destrezas para aprender a evitar el SB, los jóvenes médicos dedicados a la medicina de urgencias seguirán estando expuestos a este síndrome, como ya lo están los médicos que se encuentran dedicados a esta actividad y que se han hecho médicos de urgencias en el día a día.

2.1.8. Prevalencia

La prevalencia de este síndrome, en relación solamente con el desempeño laboral, es cambiante según las fuentes consultadas. Albadalejo y col¹⁸, encontraron un 30% de presencia del SB en el personal de enfermería. Resultados más moderados de un 14,9% en profesionales sanitarios han sido publicado por Grau y col¹⁹, con una prevalencia del 12,1% entre los médicos, enfermería del 7,2%, y Odontología, Psicología y Nutrición tuvieron cifras inferiores al 6%.

En lo referente a la prevalencia del SB entre el personal médico en servicios de urgencias esta también es muy variada. En el estudio previamente referido de Grau y col¹⁹, entre los médicos el SB era mayor entre los que desempeñaban sus actividades en urgencias con un 17%. Garnés²⁰ en un estudio realizado en los servicios de urgencias en hospitales de Alicante no encontraron que el SB fuese prevalente. Martin y col²¹, en un estudio realizado en las Islas Baleares entre facultativos de urgencias, psiquiatría y UCI no encontraron presencia del SB.

Han sido estudiadas diversas características sociodemográficas sin llegar a encontrar tendencias definitivas al respecto. En cuanto al sexo, no se han establecido diferencias estadísticamente significativas. La edad se muestra con un mayor número de casos entre los 30 y 50 años, pero solamente en determinados grupos ocupacionales, aunque hay estudios que señalan ser más frecuente en personal más joven, cada vez hay más estudios del SB entre los médicos residentes en especial relación con las guardias en los servicios de urgencias²². Variables como el estado civil, número de hijos, formación académica, puesto de trabajo, tipo de contrato, etc., no se han obtenido de momento diferencias significativas que determinen una tendencia⁹.

2.1.9. Evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo

Debido a la relevancia del SQT, no solo por el tratamiento necesario sino también por las medidas preventivas a tomarse, el diagnóstico y la evaluación del SQT tienen suma importancia. Es frecuente concluir que el SQT afecta al trabajador por las manifestaciones negativas y/o por los síntomas que este presenta. Pero, como hemos mencionado anteriormente, presentar los síntomas y signos no necesariamente indica que se tenga del síndrome. Ser insolente, descarado, y llegar a ser cruel con los usuarios a los cuales atiende directamente, podría ser debido a la educación recibida o a su personalidad, y esto no significar que tenga el SQT. Por eso es indispensable, desde el punto de vista clínico, se tenga en cuenta cuales son las circunstancias, el contexto, en

que emerge el síndrome y como este ha evolucionado, considerar la concurrencia de síntomas que afecten la esfera cognitiva, afectiva y actitudinal del trabajador para sopesar que la sintomatología presentada señala que se trata de un SQT.

El poder entender cómo se origina el síndrome nos permite elaborar programas de actuación sobre el mismo. El diagnóstico y la evaluación, sin duda alguna, son indispensables para tomar la decisión de cuándo actuar, en dónde hacerlo y sobre quien realizar la acción, así como para determinar en qué grado de incidencia del SQT y con esto, por supuesto, aplicarse los beneficios que tiene el trabajador, como son las contraprestaciones o indemnizaciones por accidente laboral.

Desde el momento que se reconoció la existencia del SQT se han dedicado muchos esfuerzos para diseñar instrumentos que permitiesen obtener información de los síntomas y la magnitud de los mismos que ayudasen a definir cuál es el daño en la salud que se significa sufrir el SQT. Si desde la apreciación clínica se puede diagnosticar el síndrome, desde el campo de la prevención psicosocial, se debe realizar una valoración preventiva con la finalidad de poder encontrar cuales son los factores de riesgo que pudiesen favorecer a la aparición del SQT. Por lo tanto, para hacer una correcta evaluación no nos podemos conformar solamente con el diagnóstico clínico, sino que es fundamental que se estudie el origen y el proceso que nos conduce al SQT.

Al revisar la literatura científica encontramos que desde que se definió el síndrome se ha desarrollado un número importante de instrumentos con la finalidad de evaluar el SQT¹⁶, en la tabla 5 encontramos una relación de algunas de estas herramientas.

La última edición del manual publicado por Maslach y col. en 1996, presenta tres versiones del MBI. El MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), para ser aplicado en profesionales sanitarios. Esta herramienta es la versión clásica del MBI de 1981. Consta de 22 ítems distribuidos en 3 escalas que evalúan la frecuencia con que los profesionales perciben la baja realización personal en el trabajo usando 8 ítems (p. ej., “me siento acabado”); el agotamiento emocional empleando 9 ítems (p. ej., “me siento emocionalmente agotado por mi trabajo”); y la despersonalización con 5 ítems (p. ej., “realmente no me preocupa lo que les ocurre a mis pacientes”). La segunda versión es el MBI-Educators (MBI-ES), que está dirigida a profesionales de la educación, en esta se cambia la palabra paciente por alumno, tiene la misma estructura que el MBI-HSS, y los nombres de las escalas son los mismos. Y, finalmente, la tercera versión es el MBI-General Survey (MBI-GS), con un carácter más genérico y de solo 16 ítems que mantiene la estructura de tres dimensiones denominadas eficacia personal, agotamiento y cinismo.

Tabla 5. Herramientas de estimación psicométrica del SQT

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

El MBI ha demostrado ser una herramienta válida y fiable y que cuenta con una gran aceptación, sin embargo, a pesar de esto el MBI presenta problemas psicométricos, lo que no ha permitido que se consolide, presenta debilidades por lo que es necesario tener cautela al aplicarlo, en especial fuera del entorno estadounidense y anglosajón²³.

El Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de estar Quemado por el Trabajo (CESQT), de Pedro Gil Monte⁸, es un instrumento desarrollado en habla hispana y que trata de cubrir las limitaciones del MBI. Esta herramienta cuenta con 20 ítems, cada uno se responde usando una escala de Likert de va de 0 a 4, para su interpretación los ítems se agrupan en cuatro escalas, tres de ellas se usan para la evaluación del SQT, y además, incluye la Culpa como una variable psicosocial que se pone en consideración luego de obtener la puntuación del SQT y posibilita distinguir dos perfiles en el desarrollo del síndrome identificando a individuos con diferentes niveles de afectación. El instrumento ha sido validado en diferentes países (España, Portugal, México, Argentina, Chile), y en colectivos ocupacionales diferentes (maestros, enfermeras, personal de cajas de compensación). Los detalles de este cuestionario se desarrollan a continuación.

2.1.10. Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de estar Quemado por el Trabajo (CESQT)

El modelo teórico que soporta al CESQT fue desarrollado por Gil-Monte, desde la Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSIPO) de la Universidad de Valencia, España, y considera que el SQT es una respuesta al estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional, que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización.

EL CESQT se ha elaborado con la finalidad de evaluar los niveles del SQT, esta herramienta evalúa cogniciones, emociones y actitudes del trabajador relacionadas con sus vivencias en el trabajo. Las variables mencionadas se valoran mediante las cuatro escalas que forman el CESQT, además de una puntuación total.

El cuestionario lo forman 20 afirmaciones o ítems, los cuales son puntuados usando un escala de respuesta de 0 a 4, que se encuentran dispuestos en una escala de actitudes tipo Likert como se muestra a continuación:

0	1	2	3	4
NUNCA	RARAMENTE (algunas veces al año)	AVECES (algunas veces al mes)	FRECUEMENTE (algunas veces por semana)	MUY FRECUEMENTE (Todos los días)

Hay dos versiones de este instrumento. La denominada versión principal, que se señalada simplemente como CESQT, la cual está dirigida a los trabajadores que desempeñan su quehacer laboral atendiendo a personas y una segunda versión o llamada versión alternativa, la que se denominada como de desencanto profesional (CESQT-DP), la cual se dirige a los trabajadores que en su actividad laboral no trabajan en atendiendo directamente a personas.

La versión principal, CESQT, desarrollada para la evaluación de aquellos profesionales que su actividad laboral la realiza atendiendo a personas, p. ej., médicos, enfermeros, psicólogos, etc., consta de 20 ítems, como se muestra en la Tabla 6:

**Tabla 6. CESQT para trabajadores que atienden personas.
Tomado del Manual del CESQT de Gil-Monte**

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

A continuación se definen las cuatro escalas del CESQT y la distribución de los ítems que las evalúan:

- **Ilusión por el trabajo (It).** Esta escala cuenta con 5 ítems (1, 5, 10, 15 y 19). Busca determinar como el trabajador define el deseo de lograr sus metas laborales porque se suponen que estas son fuente de satisfacción personal. Percibe su actividad laboral como atractiva y el lograr sus metas profesionales es una fuente de realización individual.

- **Desgaste psíquico (Dp).** Esta escala está conformada por 4 ítems (8, 12, 17 y 18). Explora la aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en su actividad diaria tiene que atender a personas que presentan o causan problemas.

- **Indolencia (In).** Escala que cuenta con 6 ítems (2, 3, 6, 7, 11 y 14) para su evaluación. Definida por la existencia de posturas o actitudes de indiferencia y cinismo hacia los usuarios de la empresa. Los trabajadores con altas puntuaciones exhiben insensibilidad y mantienen imperturbables frente a los problemas del usuario al que esta atendiendo.

- **Culpa (C).** Escala configurada por 5 ítems (4, 9, 13, 16 y 20). Definida por la presencia de sentimientos de culpa debido al comportamiento y conducta negativa aparecidas y mostradas en su puesto de trabajo, especialmente hacia los usuarios con quienes establece relaciones laborales.

Asimismo el CESQT brinda una puntuación denominada **Total SQT**, la cual resulta del promedio de las puntuaciones de los ítems correspondientes a las escalas de Ilusión por el trabajo, Desgaste psíquico e Indolencia. Los ítems que evalúan la escala de Culpa no se incluyen en el cálculo de la puntuación del Total SQT, la escala de Culpa cumple con la función de distinguir dos perfiles diferentes del SQT: el perfil 1 que no tiene niveles altos de culpa y el perfil 2 que cuenta con niveles altos de culpa.

Normas de corrección del CESQT

Para poder corregir el CESQT es necesario obtener las puntuaciones directas y con este la puntuación percentil correspondiente a cada escala y del Total SQT.

- **Puntuación directa (PD).** Se obtiene de cada una de las escalas descritas previamente, esto consiste en hacer un promedio de los puntajes de los ítems obtenidos en cada una de ellas:
 - **PD It:** Suma de puntajes de los ítems 1, 5, 10, 15 y 19 dividido entre 5.
 - **PD Dp:** Suma de puntajes de los ítems 8, 12, 17 y 18 dividido entre 4.
 - **PD In:** Suma de puntajes de los ítems 2, 3, 6, 7, 11 y 14 dividido entre 6.
 - **PD C:** Suma de los puntajes de los ítems 4, 9, 13, 16 y 20 dividido entre 5.
- **PD Total SQT:** Para obtener la puntuación directa del Total SQT se debe aplicar la fórmula $(20 - It + Dp + In)$, es decir que a 20 se le resta la suma de los ítems de It y se suman las cantidades obtenidas de la suma de los puntajes de los ítems

de Dp e In, y este resultado se divide entre 15. Esta puntuación del Total SQT es el indicador general que nos señala la existencia del SQT.

- **Puntuación percentil (Pc).** La PD no es directamente interpretable, esta puntuación se debe poner en correlación con el grupo de referencia normativo definido por Gil-Monte, para esto se consulta el baremo correspondiente, en nuestro caso usaremos el desarrollado para personal sanitario, Tabla 7⁸.

Tabla 7. Baremo para personal sanitario de la puntuación percentil (Pc), según la puntuación directa obtenida del CESQT. Tomado del Manual del CESQT de Gil-Monte

Pc	TOTAL SQT	It	Dp	In	C	Pc
99	2,73 - 4,00	-	4,00	2,83 - 4,00	3,00 - 4,00	99
98	2,53 - 2,67 ¹¹	-	-	2,67	2,60 - 2,80	98
97	2,47	-	3,75	2,50	-	97
96	2,33 - 2,40	-	-	2,33	2,40	96
95	2,20 - 2,67	-	3,50	2,17	2,20	95
90	1,93 - 2,13	-	3,00 - 3,25	1,83 - 2,00	1,80 - 2,00	90
85	1,73 - 1,87	4,00	2,75	1,67	1,60	85
80	1,60 - 1,67	-	2,50	1,50	-	80
75	1,47 - 1,53	3,80	2,25	1,33	1,40	75
70	1,40	-	-	-	-	70
66	1,33	-	-	-	-	66
65	1,27	3,60	2,00	1,17	1,20	65
60	1,20	-	-	-	-	60
55	1,13	3,40	1,75	1,00	-	55
50	1,00 - 1,07	3,20	1,50	0,83	1,00	50
45	0,93	-	-	-	0,80	45
40	0,87	3,00	1,25	0,67	-	40
35	0,80	-	-	-	0,60	35
33	-	2,80	1,00	-	-	33
30	0,73	-	-	0,50	-	30
25	0,67	2,60	-	-	0,40	25
20	0,53 - 0,60	2,40	0,75	0,33	-	20
15	0,47	2,20	-	-	0,20	15
10	0,33 - 0,40	1,80 - 2,00	0,50	0,17	0,00	10
5	0,27	1,60	0,25	0,00	-	5
4	0,20	-	0,00	-	-	4
3	-	1,40	-	-	-	3
2	0,13	1,20	-	-	-	2
1	0,00 - 0,07	0,00 - 1,00	-	-	-	1
N	3.320	3.320	3.320	3.320	3.320	N
Media	1,10	3,11	1,65	0,99	0,96	Media
Dt	0,60	0,77	0,95	0,67	0,69	Dt

Las PD obtenidas en cada escala (It, Dp, In y C) y para el Total SQT se buscan en la columna correspondiente de la tabla y desplazándose horizontalmente hasta uno de los extremos (derecha o izquierda) de esa fila se encontrará el valor de la Pc correspondiente a la PD buscada en dicha escala.

Contar con baremos para el CESQT hace posible una interpretación normativa, basada en percentiles, lo cual resulta recomendable. El comparar las Pc obtenidas con una muestra de referencia posibilita establecer el nivel en que se encuentra el evaluado según la siguiente tabla:

Tabla 8. Puntos de corte sugeridos para interpretar las puntuaciones en el CESQT basado en percentiles. Tomado del Manual del CESQT de Gil-Monte

Nivel	Percentiles
Crítico	> 89
Alto	67 a 89
Medio	34 a 66
Bajo	11 a 33
Muy bajo	< 33

Una puntuación directa que se encuentra en **nivel crítico en el Total SQT** nos estaría indicando que el evaluado probablemente tenga el SQT, pero debemos recordar que será necesario hacer el estudio pertinente individualizado para confirmar el diagnóstico. Por otro lado, debemos tener presente que al interpretar la escala de ilusión por el trabajo hay que hacerlo con cuidado, debido a que, a diferencia de las otras escalas, una puntuación alta en ilusión por el trabajo nos indica bajos niveles de SQT.

La puntuación de la escala de Culpa, como hemos visto previamente, no contribuye con la puntuación Total SQT. La finalidad de la escala de Culpa es diferenciar al SQT en perfil 1 y perfil 2. Obtenido el nivel que presenta el evaluado en la puntuación Total SQT, esta escala permite establecer si la sintomatología presentada es en ausencia o con presencia de culpa. El perfil 1 nos señala que la sintomatología del SQT no va acompañada de niveles altos de culpa. El perfil 2, sin embargo, tiene niveles altos del SQT que van acompañados de niveles altos de culpa.

2.2. Hipótesis conceptual

El Síndrome de Burnout es una entidad prevalente en el personal médico del Servicio de Urgencias de un Complejo Hospitalario Universitario del Servicio Murciano de Salud.



3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo principal

Determinar la prevalencia de Síndrome de Burnout en el personal médico del Servicio de Urgencias de un Complejo Hospitalario Universitario.

3.2. Objetivos específicos

- Relacionar la presencia del síndrome de Burnout con las variables sociodemográficas.
- Relacionar la presencia del síndrome de Burnout con las variables de la actividad laboral.



4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Diseño

Estudio observacional, transversal y analítico.

4.2. Lugar

Servicio de Urgencias de un Complejo Hospitalario Universitario del Servicio Murciano de Salud.

Los médicos del Servicio de Urgencias tienen la obligación de atender dos puertas de urgencias, brindando en ambas una atención continuada de 24 horas.

4.3. Tiempo de ejecución

Dos meses.

4.4. Sujeto de estudio

4.4.1. Población de estudio

Se considerará como población de estudio a todo médico que trabaje en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario.

4.4.2. Criterios de inclusión

Médico que trabaje a tiempo completo, realice o no guardias, en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena y acepte cumplimentar el Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) para el estudio.

4.4.3. Criterios de exclusión

Médico que no trabaje a tiempo completo en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena.

4.5. Variables de estudio

- **Dimensiones del Síndrome de Burnout**

Mide al Síndrome de Burnout según el CESQT en las dimensiones que componen el síndrome, las escalas de: ilusión por el trabajo, desgaste psíquico

e indolencia, además de escala de culpa, usando las puntuaciones directas para determinar el percentil en que se encuentra cada uno de los evaluados.

- **Edad:** Variable cuantitativa continuúa.

Mide la edad en años completos, sin decimales.

- **Sexo:** Variable cualitativa dicotómica.

Indica el género del sujeto como hombre o mujer.

- **Estado civil:** Variable cualitativa.

Se recogerá el estado civil: soltero, casado/pareja estable, viudo/divorciado.

- **Número de hijos:** Variable cuantitativa.

Se recogerá el número de hijos del encuestado.

- **Tipo de contrato laboral:** Variable cualitativa.

Se consignará el tipo de contrato laboral:

- Fijo: médico con una plaza en propiedad.
- Interino: médico que tiene una plaza vacante y no requiere renovar su contrato periódicamente.
- Eventual: médico que renueva su contrato periódicamente.
- Contrato de guardias: médico que solamente realiza guardias.
- Otra (especificar).

- **Turno de trabajo:** Variable cualitativa.

Se consignará el turno de trabajo que realice: Jornada ordinaria (mañanas, tardes), guardias, número de guardias al mes. Trabaja además en otro centro asistencial.

- **Tiempo de trabajo:** Variable cualitativa.

Esta variable se dividirá en tres rangos de tiempo de trabajo en el servicio, menos de 10 años, entre 10 y 20 años y los que trabajan más de 20 años..

4.6. Recogida de datos

Se realizará a través de una encuesta que se cumplimentará de manera anónima por cada uno de los participantes de la misma. Anexo 1.

Los datos se recogerán mediante Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo elaborada por Gil-Monte⁸, destinado a la evaluación de profesionales que atienden a personas en su puesto de trabajo. El cuestionario consta de 20 ítems que se distribuye en 4 escalas denominadas: Ilusión por el trabajo (5 ítems), Desgaste psíquico (4 ítems), Indolencia (6 ítems) y Culpa (5 ítems). Para responder al cuestionario se usará un formato en que la respuesta consta de cinco grados, que va de 0 (nunca) a 4 (todos los días), de la cual se seleccionará solamente una de las situaciones señaladas, se encuentran dispuestos en una escala de actitudes tipo Likert

4.7. Análisis de datos

En las variables categóricas se señalará en número y porcentaje, su análisis será realizado con el test del chi-cuadrado, la prueba exacta de Fisher será usada cuando unos de los valores esperados sean menores a 5. Las variables continuas serán analizadas con la t de student, los resultados serán expresados como media \pm DE (desviación estándar).

Un valor $p < 0.05$ será considerados estadísticamente significativo y en los casos que así fuese se determinará el intervalo de confianza al 95%.

Todas las variables se incluirán en una hoja de cálculo del programa Excel® (Microsoft Corp.) y posteriormente analizadas en el programa estadístico IBM SPSS en su versión 23.

4.8. Consideraciones éticas.

El trabajo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena-Murcia. Cumplirá con los aspectos básicos de la Buena Práctica Clínica y todos los datos de carácter personal se tratarán de acuerdo a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento que la desarrolla.

La cumplimentación voluntaria del CESQT se consideró como el consentimiento informado de los participantes del estudio.

5. RESULTADOS

El CESQT se distribuyó entre los médicos adjuntos que realizan su labor asistencial a tiempo completo en el servicio de urgencias hospitalario, obteniéndose el 100% de respuesta del mismo, lo que hace un total de 44 médicos. En la tabla 9 mostramos las características de la población de estudio.

Tabla 9. Características de la población estudiada.

		N = 44	
Sexo		n	%
	Varones	24	54,55%
	Mujeres	20	45,45%
Edad años (media, DS)		44,98	10,34
Estado civil		n	%
	Soltero(a)	10	22,73%
	Casado(a)/Pareja estable	32	72,73%
	Divorciado(a)	2	4,55%
Hijos		n	%
	0	14	31,82%
	1	4	9,09%
	2	19	43,18%
	3	6	13,64%
	4	1	2,27%
Situación laboral		n	%
	Fijo	15	34,09%
	Interino	20	45,45%
	Eventual	6	13,64%
	Contrato de guardias	3	6,82%
Tiempo de servicio		n	%
	<10 años	16	36,36%
	10 a 20 años	15	34,09%
	>20 años	13	29,55%
Turnos de trabajo		n	%
	Jornada ordinaria	7	15,91%
	Jornada ordinaria + guardias	34	77,27%
	Solo guardias	3	6,82%

Como se puede apreciar fue mayor el número de varones (54,55%) pero, prácticamente, no existe diferencia en la distribución por sexo. La edad media fue $44,98 \pm 10,34$ años, con un rango de edad 29 a 65 años. En cuanto al estado civil, la situación de tener una pareja estable, incluye a estar casado, fue la que tiene un mayor porcentaje (72,73%) y el 59,09% tiene dos o más hijos. Existe un porcentaje de sólo 34,09% de médicos que tiene una plaza en propiedad y por el otro extremo un 20,45% de médicos que cuentan con contratos que son muy variables en cuanto al tiempo, pudiendo ser de días a unos meses, siempre con la incertidumbre de ser renovados de manera secuencial, algunos llevan entre 4 a 5 años en esta situación. El tiempo de servicio en este servicio de urgencias se distribuye en un 36,36% de médicos que tienen menos de 10 años, 34,09% entre 10 a 20 años y un 29,55% más de 20 años. En cuanto a lo referente a los turnos de trabajos los médicos que realizan jornada ordinaria (mañanas y tardes según programación) y hacen guardias (5 por mes) son el 77,27%, el 15,91% son médicos que cumple su jornada ordinaria y no hacen guardias; el 6,82% son médicos que solamente hacen guardias, con un promedio de 7 a 8 guardias mensuales.

En la tabla 10, se muestra la distribución de las diferentes escalas del SQT y el Total SQT donde podemos observar los valores de la media, desviación estándar, además los valores de asimetría y curtosis. La finalidad de hacer este cálculo es demostrar que los valores obtenidos de PD de las escalas mantiene una distribución normal. En nuestro estudio, salvo el valor de la curtosis de -1,22 en la escala de desgaste psíquicos, los demás valores se encuentran en el rango de ± 1 , lo cual significa que los valores obtenidos en las puntuaciones se mantienen dentro de parámetros muy próximos a la normal.

Tabla 10. Distribución de la puntuación directa de las escalas del SQT.

Escalas del CESQT	Media	DS	As	Cu
Ilusión por el trabajo	2,83	0,78	-0,61	-0,43
Desgaste psíquico	2,44	0,92	0,07	-1,22
Indolencia	1,70	0,69	0,30	0,09
Culpa	1,22	0,57	0,56	0,24
Total SQT	1,72	0,63	0,37	0,06

* DS: desviación estándar.

En la tabla 11 se muestra la distribución por frecuencias de los niveles basados en percentiles obtenidos luego de recoger las puntuaciones directas del CESQT de las diferentes dimensiones estudiadas en el SQT.

Como se puede apreciar la prevalencia del SQT en nuestro estudio es del 36,36%, que corresponde a 16 médicos que tienen un nivel crítico en la puntuación percentil de la escala del Total SQT, estos son los que probablemente han desarrollado el síndrome. El nivel alto en la puntuación percentil del Total SQT es de un 31,82%, valor que consideramos importante a la vista de una posible progresión a nivel crítico. El nivel medio del Total SQT tiene un 29,55% y prácticamente nulos en los niveles bajo y muy bajo. En las otras escalas del CESQT resalta el 36,36% de individuos en nivel crítico de la escala de desgaste psíquico y el 45,45% de frecuencia del nivel crítico en la escala de indolencia. La escala de ilusión por el trabajo tiene un 50,00% de individuos en nivel medio. Finalmente, tenemos un porcentaje importante que asciende 20,45% de nivel crítico en la escala de culpa.

Tabla 11. Distribución por frecuencia de los valores de Puntuación percentil (Pc) del Total SQT, las escalas del SQT y culpa.

Nivel	Total SQT		Ilusión por el trabajo		Desgaste psíquico		Indolencia		Culpa	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Crítico	16	36,36%	0	0,00%	16	36,36%	20	45,45%	9	20,45%
Alto	14	31,82%	5	11,36%	11	25,00%	13	29,55%	7	15,91%
Medio	13	29,55%	22	50,00%	14	31,82%	9	20,45%	24	54,55%
Bajo	1	2,27%	6	13,64%	3	6,82%	1	2,27%	3	6,82%
Muy bajo	0	0,00%	11	25,00%	0	0,00%	1	2,27%	1	2,27%
Total	44	100,00%	44	100,00%	44	100,00%	44	100,00%	44	100,00%

En el gráfico 1 se representa la distribución por nivel de la puntuación obtenida en CESQT, podemos apreciar claramente como el nivel crítico, en color rojo, los porcentajes altos que alcanzan en la escala del Total SQT y como es de esperarse este se acompaña con niveles críticos en las escalas de Desgaste psíquico e Indolencia y con niveles medio, bajo y muy bajo de la escala de Ilusión por el trabajo. La escala de Culpa tiene una presencia considerable en nivel crítico, lo que correspondería al perfil 2 de esta escala.

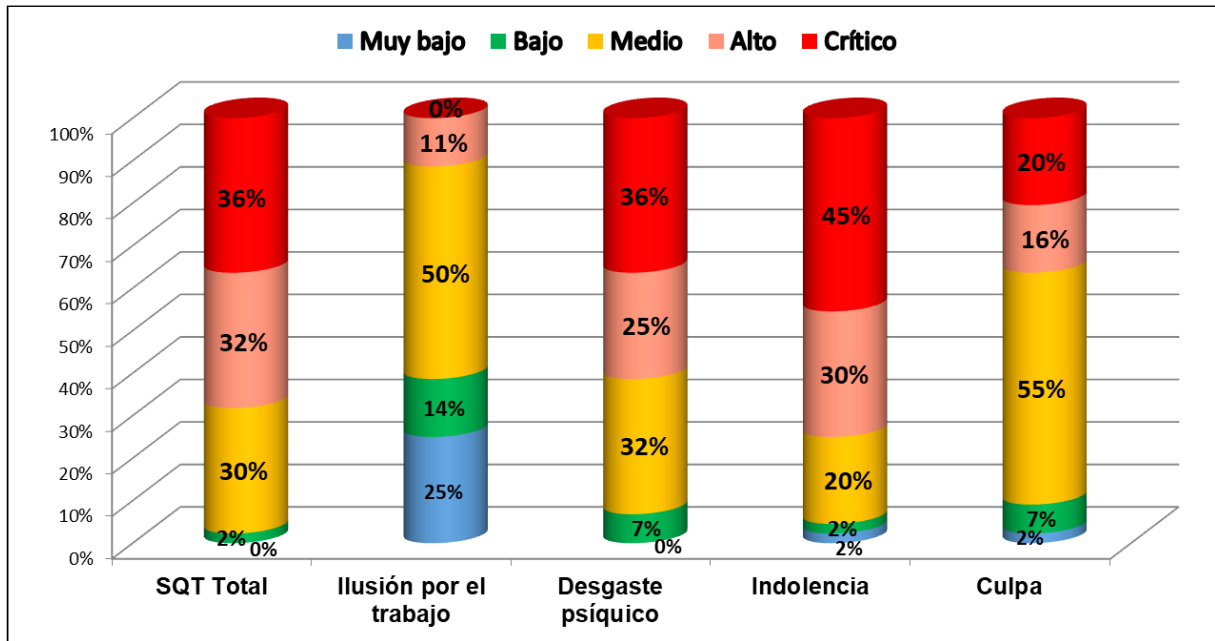


Gráfico 1. Distribución por frecuencia de los niveles de las Escalas del SQT

En el gráfico 2 se muestra la tendencias de la distribución de las diferentes escalas del SQT y su relación con el Total SQT. Lo que podemos observar es la tendencia ascendente hacia el nivel crítico de la puntuación del Total SQT y la similar configuración tienen las tendencias de las escalas de desgaste psíquico e indolencia. La tendencia de escala de ilusión por el trabajo tiene una distribución más medial y con disminución de su presencia hacia los niveles críticos; por otro lado observamos que la curva que representa a la escala de culpa tiene un nivel crítico con tendencia a aumentar hacia el nivel crítico.

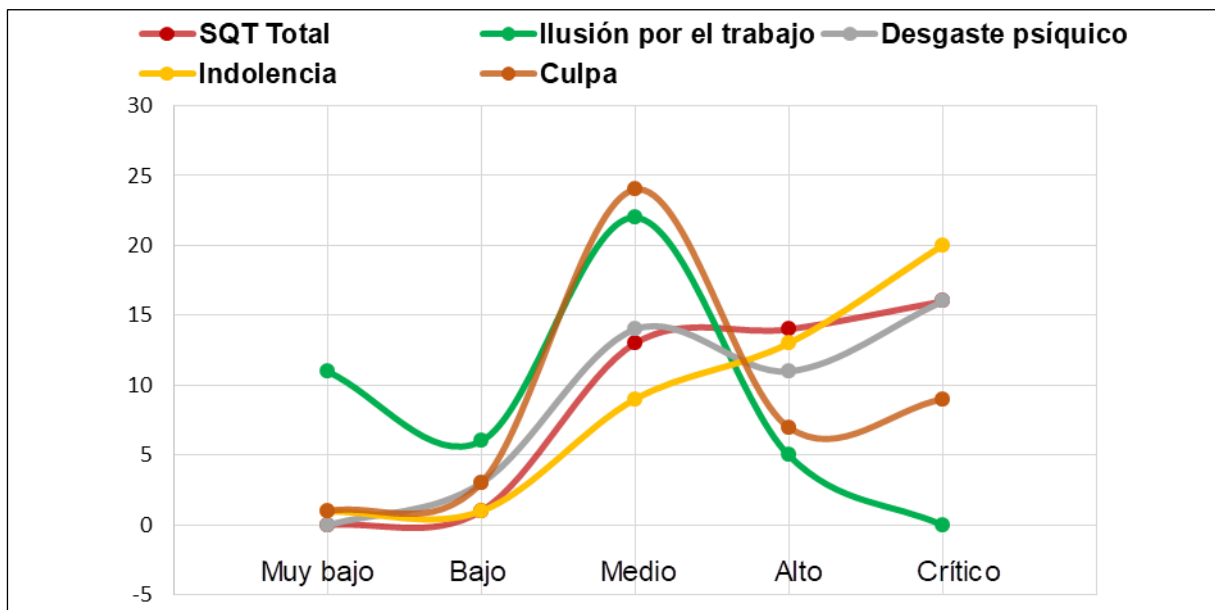


Gráfico 2. Tendencia de distribución de las Escalas del SQT

Identificados los médicos con posiblemente estén afectados por el SQT, se dividió la población de estudio en dos subgrupos: los que alcanzaron la puntuación para considerarlos como estar afectado por el SQT y los que no alcanzaron dicha puntuación (No SQT)

En la tabla 12 se muestra la comparación de las características demográficas y de actividad laboral entre los médicos que posiblemente tiene el SQT y los que no, sin encontrar diferencia estadísticamente significativa en las variables evaluadas, pero hay algunas tendencias que pasaremos a señalar.

Tabla 12. Características de la población estudiada con SQT.

	SQT = 16		No SQT = 28		P
	n	%	n	%	
Sexo					
Varones	7	43,75%	17	60,71%	0,283
Mujeres	9	56,25%	11	39,29%	
Edad años (media, DS)	44,19	9,32	45,43	11,01	0,706
Estado civil	n	%	n	%	
Soltero(a)	5	31,25%	5	17,86%	0,515
Casado(a)/Pareja estable	10	62,50%	22	78,57%	
Divorciado(a)	1	6,25%	1	3,57%	
Hijos	n	%	n	%	
< 2	8	50,00%	10	35,71%	0,354
2 o más	8	50,00%	18	64,29%	
Situación laboral	n	%	n	%	
Fijo	4	25,00%	11	39,29%	0,749
Interino	8	50,00%	12	42,86%	
Eventual	3	18,75%	3	10,71%	
Contrato de guardias	1	6,25%	2	7,14%	
Tiempo de servicio	n	%	n	%	
<10 años	7	43,75%	9	32,14%	0,736
10 a 20 años	5	31,25%	10	35,71%	
>20 años	4	25,00%	9	32,14%	
Turnos de trabajo	n	%	n	%	
Jornada ordinaria	2	12,50%	5	17,86%	0,884
Jornada ord. + guardias	13	81,25%	21	75,00%	
Solo guardias	1	6,25%	2	7,14%	

De las variables evaluadas hay tres que muestran cierta tendencia que nos parecen que se deben señalar: sexo, estado civil y tiempo de servicio.

En el grafico 3 se muestra la distribución por sexo donde existe un mayor porcentaje de mujeres, 56,25%, en el grupo de afectado por el SQT, mientras que el grupo los que no tienen el SQT predominan los varones con un 60,71%.

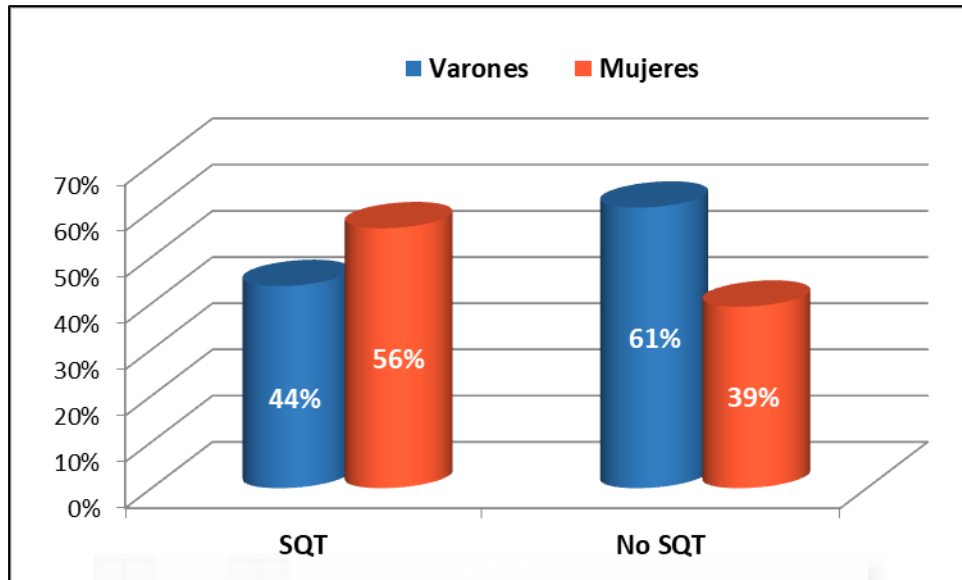


Gráfico 3. Distribución por sexo de los médicos con SQT y No SQT. $p>0,05$.

En el grafico 4 se muestra la distribución por estado civil, se aprecia un porcentaje menor de médicos casados o con pareja estable, 62,50%, que están posiblemente afectados con el SQT, mientras que en los que en los médicos solteros que están posiblemente afectados por el SQT el porcentaje es mayor con un 31%

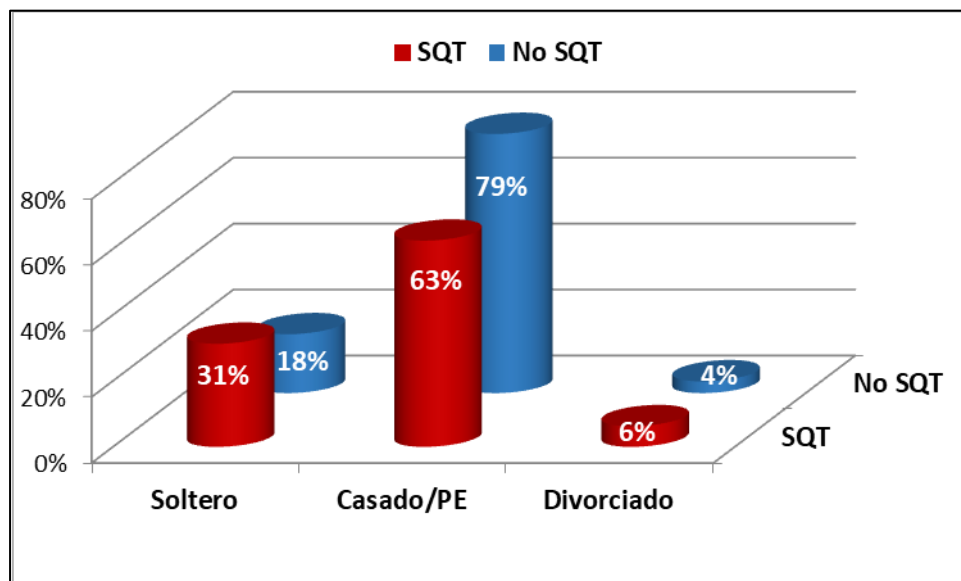


Gráfico 4. Distribución por estado civil de los médicos con SQT y NO SQT. $p>0.05$.

En el gráfico 5 se presenta la distribución por tiempo de servicios, se puede observar como el porcentaje de médicos posiblemente afectados con el SQT va disminuyendo progresivamente según se tiene más tiempo de servicio, 44% si se tiene menos de 10 años, 31% si se tiene entre 10 a 20 años y 25% si se tiene más de 20 años trabajando en el servicio de urgencias

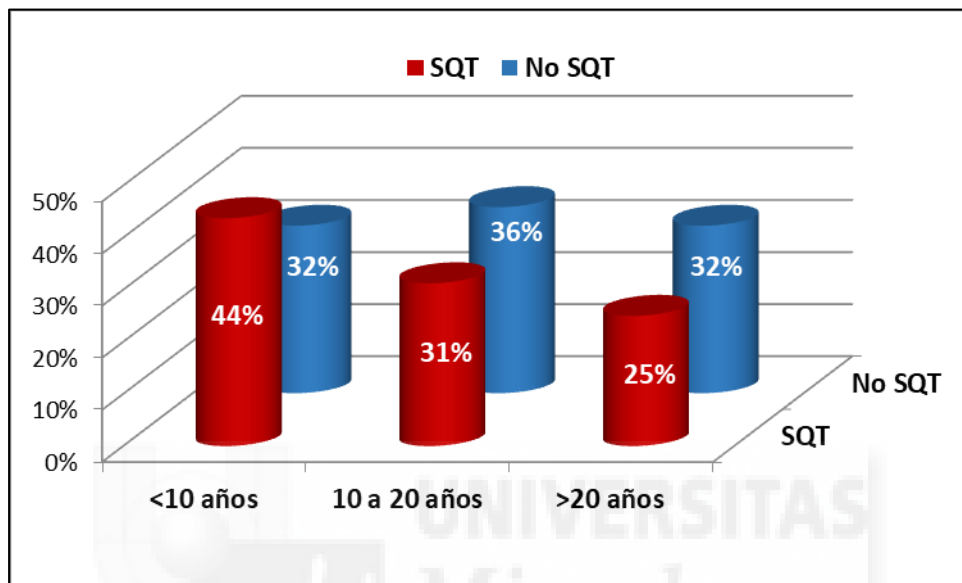
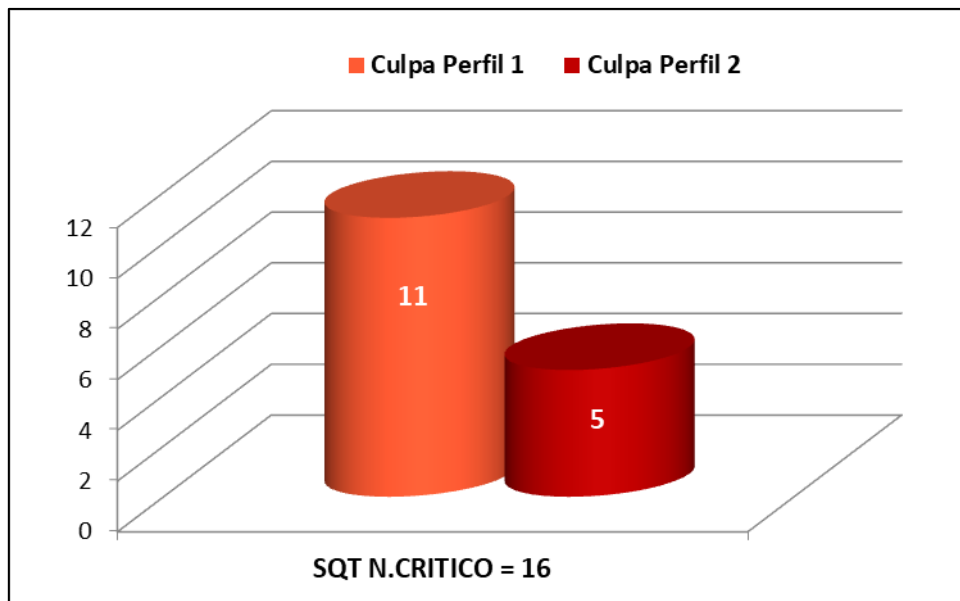


Gráfico 5. Distribución por tiempo de servicio de los médicos con SQT y No SQT. $p>0.05$.

Como hemos mencionado la escala de Culpa del CESQT se interpreta de manera independiente y el propósito de esta escala es diferenciar dos perfiles del SQT. Del total de la población estudiada 9 médicos. 20,45%, presentaron un nivel crítico en la escala de culpa de los cuales 5, además, tienen una puntuación en nivel crítico de la escala del Total SQT. En el gráfico 2, se muestra la distribución del perfil 1 y perfil 2 de la puntuación en la escala de culpa de los 16 casos con nivel crítico de la puntuación del Total SQT. El perfil 2 corresponde a los casos que tienen nivel crítico en la escala de culpa, aquellos evaluados que tienen remordimientos por su actitud en el trabajo y hacia los pacientes, representan el 11,36% (5 médicos) de la población total. En el perfil 1 de la escala de culpa son 25% (11 médicos) de toda la población, son aquellos que no tiene remordimiento por sus actitudes en el trabajo y hacia los pacientes.



6. DISCUSION

El SB ha sido ampliamente estudiado en las últimas décadas en diversos grupos poblaciones y diversas actividades laborales obteniendo niveles de prevalencia muy dispares y esto probablemente es así porque cada tipo de actividad y población tiene sus características particulares y por lo tanto la presencia de los factores de riesgo para el desarrollo del SB son diferentes. Por lo tanto, el servicio de urgencias hospitalario que ha sido motivo del estudio tiene sus propias características y sus propios riesgos psicosociales entre los cuales vamos a considerar los siguientes:

- a) **En la tarea:** presión asistencial muy alta, con una población usuaria que crece anualmente, servicio que muchas veces se ve desbordado en especial en épocas de invierno por población envejecida y pluripatológica y por lo tanto más susceptible de enfermar y en la temporada de verano, al estar en la costa, por el aumento de la población que se desplaza a dicha zona hace que el volumen de trabajo asignado sea elevado. El nivel de responsabilidad que se tiene sin duda alguna también es alto al tener la salud de los pacientes en situaciones de urgencias en sus manos.
- b) **En el empleo:** En cuanto al lugar de trabajo, se presenta la situación que con el tiempo se han hecho modificaciones para aumentar el número de consultas disponibles que han llevado a que muchas de estas no cumplan con los requisitos adecuados para el buen que hacer médico. Pacientes que se tiene que ubicar en los pasillos por no contar con espacio físico adecuado a la demanda. En cuanto a estabilidad laboral, solo la tercera parte la plantilla cuenta con una plaza en propiedad.
- c) **Tiempo de trabajo:** Aquí el aspecto más saltante son las guardias de 24 horas, los turnos de tarde que terminan a las 22 horas y continúan con turnos de mañana que inician a las 08:30 horas. No siempre hay tiempo para pausas dentro de la jornada. La obligación de trabajar en los festivos.
- d) **En la organización:** Dadas las características del horario y la presión asistencial es complicado tener un nivel de socialización más allá del grupo habitual de trabajo. La carencia de liderazgo. La falta de comunicación y poco interés de parte de los directivos.

Revisados estos aspectos, podemos afirmar que el servicio de urgencias hospitalario, motivo del estudio, tiene factores de riesgo psicosociales que favorecen al desarrollo del SB.

La prevalencia del SQT encontrada en este estudio luego de aplicado el CESQT fue del 36,36% del total de médicos del servicio de urgencias hospitalario, de los cuales el 11,36% presentó niveles críticos en la escalas de culpa (perfil 2). Los hallazgos son diferentes a los encontrados por Blasco²⁴ en un estudio realizado hace 2 años en esta misma área de salud, aplicando el CESQT encontró un 20,51% en nivel crítico de SQT, de los cuales 12,82% eran médicos de urgencias, aunque en su estudio no incluyen a todos los médicos de urgencias, lo cual puede haber sesgado el resultado, en cuando a las variables demográficas y factores sociales estudiados no encontraron asociación con el SQT, resultado similar al hallado en el presente estudio. El no incluir a toda la población en el estudio es una de las situaciones que se ve con mucha frecuencia en las diferentes publicaciones sobre el SB, con la limitación de no saber si los que no respondieron podrían haber modificado el resultado; se incluyen a los que tuvieron la voluntad de responder, que no es la misma situación que si se tomase una muestra y se asignará aleatoriamente a los casos que se incluirían en el estudio. En el año 2010 este mismo servicio de urgencias fue evaluado Marín²⁵ usando el test de Maslach Burnout Inventory, entonces con solo 32 médicos en el servicio y con la participaron de todos, se encontró que el 3,12% (1 médico) presentó un burnout alto y un 81,25% (26 médicos) un burnout moderado. Si bien es cierto cuando se han aplicado ambos instrumento, MBI y CESQT, a la misma población, los resultados no suelen ser los mismos y hay una tendencia a que el CESQT muestra una mayor nivel de presencia del SB, llama la atención la atención la diferencia, que entonces solo el 3,12% tuviese un nivel de burnout alto en el MBI en comparación con el 36,36% de médicos con un nivel crítico en el CESQT actualmente habla claramente de un aumento del SB en este servicio de urgencias. La explicación podría estar en que la presión asistencial, en los últimos años, ha aumentado significativamente en este servicio de urgencias y el aumento de número de médicos en el servicio no ha sido proporcional a esa demanda, ni entonces ni actualmente se cuenta con una plantilla de médicos en número adecuado para atender a la población usuaria de este servicio. El contar con nuevos médicos en este servicio es el otro aspecto a considerar en el aumento de la presencia del SQT, en nuestro estudio encontramos que el 44% de los médicos que posiblemente han desarrollado el SQT tiene menos de 10 años trabajando en la urgencia, si bien es cierto no hubo diferencia estadísticamente significativa ($p>0,05$) en relación a los que tiene más tiempo trabajando en el servicio, es un aspecto a considerar, ¿es que con los años de experiencia el médico se hace más resistente a desarrollar el SQT? o ¿es que los que en este tiempo hubiesen desarrollado el SQT decidieron retirarse del trabajo en urgencias?, son interrogantes que por ahora no tienen respuesta.

Con los hallazgos del presente estudio llama la atención estudios publicados con resultados diferentes. La publicación sobre el SB en urgencias del Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca, Murcia, Zamora y col²⁶ no encontraron la presencia del SB en el personal médico. Garnés²⁰ en el estudio publicado sobre el SB en los médicos de urgencias de los hospitales de Alicante no reporta la presencia del SB, Martín y col²¹ reportaron en el estudio hecho en un hospital de Palma de Mallorca que incluyen a médicos de urgencia, psiquiatras e intensivistas igualmente no encontraron la presencia del SB. Grau y col¹⁹ en el estudio realizado a nivel de Hispanoamérica reportan que la prevalencia más alta fue del 14,9% encontrada en los profesionales sanitarios residentes en España, en general la prevalencia fue mayor en los profesionales médicos con un 12,1% y de estos el burnout predominaban entre los que trabajaban en urgencias con un 17%, otro hallazgo interesante fue que la edad, tener hijos, la percepción de sentirse valorado, el optimismo, la satisfacción laboral y la valoración económica, son variables protectoras de burnout.

Grau y col²⁷ en el estudio llevado a cabo los Hospitales de Girona entre los profesionales sanitarios encontraron que los médicos presenta un mayor porcentaje de presencia del SB con un 46,5% alto nivel en la escala de cansancio profesional, un 31,7% de alto nivel en despersonalización y un 32,7% en realización personal; no encuentran asociaciones con el sexo ni la edad, por otro lado los años de profesión, el optimismo, valorar como útil el trabajo y percibir que se es valorado por los demás se asociaron inversamente con un alto nivel de despersonalización.

Los resultados obtenidos del estudio realizado en los médicos colegiados en Málaga²⁸ el 11,55% de los encuestados alcanzaron puntuaciones compatibles con la presencia del SB según el MBI, no hubo relación con sexo y edad. Un dato importante en este estudio es que más del 30% de los encuestados afirmó haber sufrido un episodio de violencia en su centro de trabajo, los médicos agredidos tenían puntuaciones más bajas en realización personal y más elevadas en despersonalización y agotamiento emocional, siendo estas relaciones estadísticamente significativas, características propias del SB.

Martínez de la Casa y col²⁹ reporta en su estudio realizado en Toledo un 37,5% en nivel alto según el MBI, con mayor prevalencia en los médico de atención primaria que los de especializada ($p > 0,05$), en el resto de las variables estudiadas (edad, sexo, estado civil, realización de guardias, etc.) no encontraron diferencias significativas.

Los resultados hallados por Amutio y col³⁰ son notablemente diferente a nuestro estudio en cuanto a la prevalencia y las características demográficas y de actividad laboral estudiadas. Evaluaron los niveles del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) y bienestar psicológico

en el trabajo de 1275 profesionales sanitarios en el país Vasco encontrado una prevalencia del 4,1% en general y del 5,7% entre los médicos; si bien la prevalencia en esta población estudiada no es alta si lo son los hallazgos de la relación de las variables estudiadas y el SQT. Así, obtienen que un buen número de variables sociodemográficas y laborales se relacionan significativamente con los niveles de SQT y bienestar psicológico en el trabajo: sexo (mayores niveles de SQT en varones); edad (los profesionales mayores de 45 años experimentan mayores niveles de SQT y menor nivel de bienestar psicológico), número de años trabajados (a mayor cantidad de años, mayores niveles de SQT y menor bienestar); situación laboral (los profesionales interinos son los que mayores niveles de SQT y menor bienestar presentan, y de forma significativa en comparación con los sustitutos); número de pacientes atendidos (a mayor cupo y mayor número de pacientes atendidos al día, mayores niveles de SQT y menor bienestar); tiempo medio por paciente (niveles más bajos de SQT en profesionales que dedican a cada paciente más de 10 minutos); actividad docente-investigación (los profesionales que ejercen actividades relacionadas con la docencia y/o investigación presentan menores niveles de SQT y mayor bienestar); actividad principal (los profesionales que ejercen su actividad principal en centros públicos presentan mayores niveles de SQT y menor nivel de bienestar en comparación con los que ejercen su actividad principal en centros privados); centro de trabajo (los profesionales en centros de trabajo rurales presentan mayores niveles de bienestar).

Si bien los estudios revisados no tienen la misma metodología de investigación, los resultados dispares encontrados en los estudios mencionados nos hacen reforzar el concepto que el SQT guarda relación con las características propias de cada lugar de trabajo. Es interesante resaltar como en una población con una menor prevalencia del SQT se han encontrado un número importante de variables asociadas al SQT, estos nos podría hacer pensar que conforme se eleva la incidencia del SQT la diferencia en las variables consideradas predictores se van atenuando o incluso ya no se encuentran.

En nuestro estudio el 36,36% de nivel crítico del Total SQT se acompaña con un 36,36% de nivel crítico en la escala de desgaste psíquico y un 45,45% de nivel crítico en la escala de intolerancia, además con un 50% de nivel medio en la escala de Ilusión por el trabajo, esta forma de asociarse estas escalas con el Total SQT es muy parecido a lo que nos describe Gil-Monte en su planteamiento en el desarrollo del SB, salvo que lo asocia a niveles bajos en la escala de ilusión por el trabajo. Este porcentaje alto en el nivel medio de la escala de ilusión por el trabajo de alguna manera influye en que la prevalencia del SQT no sea más elevada. Hemos observado en diversos estudios que se suele describir cada una de las escalas del MBI y no siempre señalan la valoración final de la presencia del SB y en los estudios que si lo

hacen suele señalar como la prevalencia SB la suma de los niveles medio y alto obtenidos usando el MBI, cuando lo que se debería considerar como caso de SB solamente es el nivel alto, que es el que cumple el criterio de puntuar bajo en realización personal en el trabajo al tiempo que puntuar alto en agotamiento emocional y en despersonalización. Por eso consideramos que el método de evaluación usado en este estudio, además de haber sido validado para los hispanos hablantes y haber procurado corregir las debilidades del MBI, nos señala claramente los diferentes niveles que se obtienen en la escala de puntuación del SQT y queda claramente establecido que lo que corresponde al nivel crítico son los individuos que posiblemente estén afectados por el SQT. Se ha insistido a lo largo del trabajo en señalar que “posiblemente” estén afectados por el SQT porque, como señalamos en la parte introductoria, el CESQT no es un método diagnóstico por sí mismo es necesario una vez detectados los casos sean evaluados con las pruebas pertinentes para hacer el diagnóstico del SQT lo cual implica hacer la valoración de los síntomas dentro del contexto en que estos se producen y verificar si son parte del síndrome.

Los perfiles en la escala de culpa son un aspecto relevante que tenemos que considerar. Son muy pocos los estudios que señalan este resultado, por lo cual pensamos que es una contribución importante de nuestro estudio al conocimiento del SQT. El 25% de los evaluados tienen un nivel crítico de SQT con un perfil 1 en la escala de culpa y lo más importante es el 11,3% que tienen un perfil 2 y son estos médicos, que al tener niveles críticos en el Total SQT y en la escala de culpa, los que corren más riesgo de sufrir las consecuencias del SQT si no se toman medidas para poder manejar esta situación. Según Gil-Monte⁸ son estos individuos los que presentan las consecuencias más severas del SQT, porque sus estrategias de afrontamiento, sus mecanismos de defensa, no les han resultado eficaces y experimentan el sentimiento de culpa hasta el punto de necesitar la baja laboral. Además, debemos de prestar atención al 9,09% de médicos, que en este estudio, tienen un nivel crítico en la escala de culpa y un nivel alto en el SQT porque son los que potencialmente podrían progresar al nivel más severo del SQT.

Al compararse las características demográficas y de actividad laboral con la presencia del SQT no se encontraron diferencias estadísticamente significativas lo cual ha sido un hallazgo común en otros estudios con prevalencia significativa.

Desde el punto de vista de la prevención de riesgos laborales estamos frente a una situación que requiere una intervención por tratarse de la situación de un servicio con riesgos psicosociales que está teniendo consecuencia en los trabajadores. En primer lugar, el resultado de la evaluación realizada nos da una llamada de alerta y tenemos la necesidad de

identificar y confirmar el diagnóstico del SQT con las evaluaciones necesarias para determinar dentro del contexto en que se generan y la secuencia de cómo se han desarrollado el SQT. Confirmado el diagnóstico se tendrá que valorar, si es el caso, el grado de incapacidad para el ejercicio adecuado de la actividad médica.

Identificados los factores de riesgo es indispensable actuar sobre ellos para que las condiciones laborales mejores y así disminuir su impacto en la presencia del SQT.

Con este resultado es indispensable que el personal sea capacitado en el desarrollo de técnica de afrontamiento al síndrome de burnout, terapias cognitivas, técnicas de relajación y risoterapia. Entrenamiento en comunicación al personal y fomento de la autoeficacia².

Es necesario que las intervenciones a nivel individual se conjuguen con las intervenciones a nivel organizacional como el desarrollo de un ambiente estimulante y de apoyo a los trabajadores, acompañado de un liderazgo justo y un ambiente social positivo².

Las limitaciones de estudio las podemos encontrar en el nivel de sinceridad con las que han sido cumplimentados los cuestionarios. También hay que considerar a nivel individual estos han sido cumplimentados en diferentes momentos de la actividad laboral (durante la guardia, al salir de la guardia, por la mañana o por la tarde, luego del día de libranza) que de alguna manera puede influir en la respuesta del evaluado. En ese mismo sentido, probablemente, el resultado hubiese sido diferente de hacer el estudio una época del año con mayor carga laboral.

7. CONCLUSIONES

- La prevalencia de Síndrome de Burnout en el personal médico del Servicio de Urgencias de un Complejo Hospitalario Universitario fue de un 36,36% en el nivel crítico del Total SQT y un 11,36% en el perfil 2 de la escala de Culpa.
- No se encontró relación entre la presencia del síndrome de Burnout y las variables sociodemográficas.
- No se encontró relación entre la presencia del síndrome de Burnout con las variables de la actividad laboral.



8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales [Internet].. Disponible en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Laboral/I31-1995.html
2. Moreno Jiménez B, Báez León C. Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas [Internet]. Madrid; 2010. Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/PUBLICACIONES PROFESIONALES/factores riesgos psico.pdf>
3. Brunand E, Milczarek M, Roskamsan N, Op De Beeck R, Pahkin K, Berthetand M, et al. Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health [Internet]. Belgium; 2007. Disponible en: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/7807118>
4. Gil-Monte P, Salcedo M, Rosat J, Agún J, Barba M, Estardid F, et al. Prevención de Riesgos Laborales. Instrumentos de aplicación. Tercera Edición. Valencia: Editorial Tirant Lo Blanch; 2012. 1758 p.
5. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. J Soc Issues [Internet]. 1974;90(1):159–65.
6. Pines A, Maslach C. Characteristics of Staff Burnout in Mental Health Settings. Hosp Community Psychiatry [Internet]. 1978;28(4):233–7.
7. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Occup Behav [Internet]. 1981;2:99–113.
8. Gil-Monte PR. CESQT. Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el trabajo. Madrid: TEA Ediciones S.A.; 2011. 101 p.
9. Fidalgo Vega M. NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o burnout (I): definición y proceso de generación [Internet]. Madrid; 2005 [citado 2018 Apr 15].p.1–7. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf
10. Martinez-Perez A. El Síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Rev Comun Vivat Acad [Internet]. 2010;Año XIII(112):42–80.
11. Edelwich J, Brodsky A. Burn-out : stages of disillusionment in the helping professions. New York: Human Sciences Press; 1980. 255 p.
12. Cibanal Juan L, Siles Gonzáles J, Arce Sánchez M, Domínguez Santamaría J, Vizcaya-

- Moreno M, Gabaldón Bravo E. La relación de ayuda es vivificante, no quema. *Cult los Cuid* [Internet]. 2001;5(10):88–98.
13. Moreno-Jiménez B, González J, Garrosa E. Desgaste profesional (burnout), Personalidad y Salud percibida [Internet]. Buendía J, Ramos F, editors. *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Pirámide; 2001. 59-83 p.
 14. Carrillo-Esper R, Gómez-Hernandez K, Espinoza de los Monteros-Estrada I. Síndrome de burnout en la práctica médica. *Med Int Mex* [Internet]. 2012;28(6):579–84.
 15. Catsicaris C, Eymann A, Cacchiarelli N, Usandivaras I. La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout). Un modelo de prevención en la formación médica. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 2007;105(3):236–40.
 16. Fidalgo Vega M. NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o burnout (II): consecuencias, evaluación y prevención. [Internet]. Madrid; 2005. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_705.pdf
 17. Atkinson P, Ducharme J, Campbell S. CJEM Debate Series: #Burnout – Burnout is inevitable in clinical emergency medicine practice. *CJEM* [Internet]. 2017 Sep 18;19(05):386–9.
 18. Albadalejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle M, Domínguez V. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2004;78(4):505–16.
 19. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2009;83(2):215–30.
 20. Garnés Ros AF. ¿Están quemados los médicos de urgencia de hospitales de Alicante? *Semer - Med Fam* [Internet]. 2003 Feb;29(2):65–9.
 21. Martín M^ªJ, Hernández BM^a, Arnillas M^aH., García M. Burn-out en el hospital: ¿estamos quemados los médicos? *Med Balear* [Internet]. 2009 ;24(3):29–33.
 22. Fernández Martínez O, Cabrera CH, Tapia AM, Moreno Suárez S, García Del Río García B. Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias. *emergencias* [Internet]. 2007;19:116–21.
 23. Olivares Faúndez V, Gil-Monte P. Análisis de las principales fortalezas y debilidades

- del Maslach Burnout Inventory (MBI). Cienc Trab [Internet]. 2009;11(33):160–7.
24. Blasco S. Análisis del burnout entre distintos niveles asistenciales sanitarios [Internet]. Trabajo de fin de master en Prevención de Riesgos Laborales. Universidad Miguel Hernández; 2016. Disponible en: [http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3117/1/Blasco Muñoz, Soledad TFM.pdf](http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3117/1/Blasco_Muñoz,_Soledad_TFM.pdf)
 25. Marín Perez F. Servicios de Urgencias Hospitalarios: Una aproximación cuantitativa. Universidad Politécnica de Cartagena. 2010.
 26. Zamora Bernal M, Fernández García A, Hernández Gómez F. Síndrome de burnout en la puerta de urgencias del Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca. Ciber Rev [Internet]. 2015;4(44).
 27. Grau A, Garcia M. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. Gac Sanit [Internet]. 2005;19(6):463–70.
 28. Martínez-Mezo GL. Burnout y salud mental en los médicos de Málaga. [Internet]. UMA Editorial; Universidad de Málaga 2017. Disponible en: <https://hdl.handle.net/10630/15155>
 29. Martínez de la Casa Muñoz A, Magaña Loarte E, Franco Moreno A, Segura Fragoso A. Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. Atención Primaria [Internet]. 2003 Jan 1;32(6):343–8.
 30. Amutio A, Ayestaran S, Smith J. Evaluación del burnout y bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco. Rev Psicol del Trab y las Organ [Internet]. 2008;24(2):235–52.

9. ANEXOS



Anexo 9.1. Cuestionario para recolección de datos.

“Síndrome de Burnout en el personal médico del Servicio de Urgencias de un Complejo Hospitalario Universitario”

Este cuestionario es **voluntario y anónimo**. Dada la importancia que pueden tener los datos analizados ruego que las cuestiones sean contestadas con sinceridad.

De antemano agradezco su colaboración y me comprometo a dar a conocer las conclusiones fruto de la investigación.

Marque con una **X** la respuesta elegida y complete la información solicitada.

Fecha:

Sexo: Hombre Mujer

Edad:años

Estado civil: Soltero(a)
Casado(a)/Pareja estable
Viudo(a)
Divorciado(a)

Nº de hijos:

Situación laboral: Fijo
Interino
Eventual
Contrato de guardias
.....

Tiempo en el servicio: años

Turno de trabajo: Mañana y/o tarde
Mañana, tarde, guardias
Solo guardias

Número de guardias al mes:

“Síndrome de Burnout en el personal médico del Servicio de Urgencias de un Complejo Hospitalario Universitario”

En este cuestionario se muestran una serie de enunciados de situaciones que pueden darse en su trabajo y de sus sentimientos en él. Responda marcando con una **X** la respuesta que mejor refleje su situación y actitud ante el trabajo. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa su propio sentimiento o experiencia. Se asegura la total **confidencialidad** de los datos, y en ningún caso accesible a otras personas. Su objetivo es contribuir al conocimiento de sus sentimientos e ideas acerca de su trabajo y de las consecuencias que tiene en usted como profesional y como persona.

La respuesta seleccionada definirá la frecuencia en la que se presenta la situación o actitud descrita de acuerdo con los siguientes criterios:

0	1	2	3	4
NUNCA	RARAMENTE (algunas veces al año)	A VECES (algunas veces al mes)	FRECUENTEMENTE (algunas veces por semana)	MUY FRECUENTEMENTE (Todos los días)

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

Anexo 9.2. Autorización del Comité de Ética






D^a LALY GÓMEZ SANNICOLÁS, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Sta. M^a del Rosell, Área II y Área VIII de Salud del Servicio Murciano de Salud,

CERTIFICA:

Que este Comité ha revisado la documentación referente al TFM: "**Síndrome de Burnout en el personal médico del Servicio de Urgencias de un Complejo Hospitalario Universitario**" y **acepta** que este trabajo se realice en el Área II de Salud por **D. Hugo Marroquín Valz** como investigador principal.

Y para que conste se expide el presente certificado en Cartagena a 25 de abril de 2018.




Fdo. D^a Laly Gómez Sannícolas

