

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

MÁSTER OFICIAL UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

CURSO 2018/2019



**Evaluación del síndrome de burnout en los médicos de
Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor**

Julia Mula Leal

Director: Vicente Blas Sempere López

31 de Mayo del 2019



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

D Vicente Sempere López, Tutor del Trabajo Fin de Máster, titulado “Evaluación del síndrome de burnout en los médicos de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor”, realizado por la estudiante Dña. Julia Mula Leal,

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

Fecha de la autorización: 10/6/2019

Fdo.: Vicente Sempere López
Tutor TFM



Resumen

El síndrome de burnout puede ser un problema de salud relevante entre los médicos, especialmente en los de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. El estrés laboral asociado a dicha especialidad hace de estos facultativos un grupo susceptible de desarrollar el síndrome.

El objetivo de este trabajo fue investigar la prevalencia del síndrome de burnout en los médicos de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor de dos hospitales de Murcia, así como los posibles factores asociados a su desarrollo.

Se realizó una encuesta anónima y voluntaria y se utilizó el Maslach Burnout Inventory para la determinación del síndrome, así como un cuestionario acerca de aspectos sociodemográficos y laborales.

Del total de los 44 encuestados, el 4'5% han obtenido una puntuación alta para síndrome de burnout, el 88'6% están en riesgo de padecerlo y el 6'8% presentan un riesgo bajo para el mismo.



Palabras clave

Estrés laboral, síndrome de burnout, anestesiología, prevalencia burnout, residentes de anestesiología.

Índice

1. Justificación.....	6
2. Introducción.....	7
2.1. Definición	7
2.2. Prevalencia y epidemiología	10
2.3. Etiología.....	10
2.3.1. Patogenia y proceso de desarrollo	11
2.4. Factores de riesgo	12
2.4.1. Los factores personales.....	12
2.4.2. Los factores profesionales.....	14
2.4.3. Los factores institucionales.....	14
2.4.4. Los factores ambientales.....	14
2.5. ¿Cómo afecta?	15
2.5.1. Efectos sobre las relaciones familiares.....	16
2.5.2. Efectos laborales.....	16
2.6. Problema actual	16
2.6.1. Marco legal.....	16
2.6.1. Burnout y profesionales de la salud	16
2.7. Evaluación del síndrome de burnout.....	18
3. Objetivos	20
3.1. Objetivo general.....	20
3.2. Objetivos específicos	20
4. Metodología.....	21
4.1. Tamaño de la población a estudio.....	22
4.2. Variables a estudio	22
4.2.1. Criterios de inclusión	22
4.2.1. Criterios de exclusión	22
4.3. Diseño del estudio	22
4.3.1. Cronograma	22
4.4. Confidencialidad de los datos y memoria económica	23
5. Resultados	24
5.1. Análisis de las variables sociodemográficas y laborales	24
5.2. Análisis del MBI	28
5.2.1. Relación del MBI con las variables sociodemográficas y laborales.....	30

6. Discusión.....	42
6.1. Tratamiento, prevención y control	43
6.1.1. Sugerencias de tratamiento	44
6.1.2. Estrategias orientadas a nivel individual	44
6.1.3. Estrategias orientadas a nivel organizacional	44
7. Conclusiones generales	46
8. Bibliografía	47
9. Anexos	49



1. Justificación

Hoy en día se reconoce que el estrés laboral es uno de los principales problemas para la salud de los trabajadores y el buen funcionamiento de las instituciones para las que trabajan. En los anesthesiólogos, el estrés se enmarca en particularidades propias del tipo de especialidad, su escenario laboral y su estilo de vida fuertemente condicionada por aspectos legales.

El estrés laboral en el anesthesiólogo puede estar relacionado con numerosos aspectos de su compleja vida laboral. En el caso de residentes de anestesia, se relaciona con enfrentarse a pacientes críticos o a la muerte de pacientes, a la dificultad de balancear su vida personal y a las demandas profesionales crecientes.

Pero más que el estrés, es el síndrome de burnout el que constituye un problema significativo para un elevado porcentaje de anesthesiólogos. El síndrome de burnout o de estar quemado por el trabajo, consecuencia del estrés crónico, se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y sentimiento de baja satisfacción profesional.

El síndrome de burnout surge de la falta de correspondencia entre las exigencias de la profesión médica y las recompensas recibidas; es el resultado a largo plazo de un desequilibrio entre nuestras expectativas y la realidad.

Este trabajo sirve para conocer la prevalencia del síndrome de burnout entre los anesthesiólogos y residentes de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor del Servicio Murciano de Salud y cómo le afectan los factores sociodemográficos analizados.

En base a los resultados obtenidos se pretende valorar la situación actual, y si procede realizar un programa de mejora con estrategias o habilidades a fomentar. Es necesario conocer que no existe ninguna técnica simple capaz de prevenir o tratar de forma efectiva el burnout, sino que se utilizan modelos de intervención de componentes integrados de forma complementaria con técnicas orientadas al individuo junto a técnicas orientadas al ámbito organizacional, así como tratamiento farmacológico. Finalmente, debemos reflexionar sobre la adopción de medidas para modificar las condiciones de trabajo y la motivación de estos profesionales.

2. Introducción

2.1. Definición

El estrés es el resultado de una relación con el entorno, que el sujeto interpreta como muy importante para su bienestar personal, y cuyas demandas o exigencias, exceden los recursos de afrontamiento que tiene el sujeto. Una persona será psicológicamente vulnerable en términos de estrés a una situación particular, si no posee suficientes recursos de afrontamiento para manejarla adecuadamente, y al mismo tiempo, le concede una importancia considerable a las consecuencias de un manejo inadecuado¹.

Dentro del estrés laboral hay algunas entidades clínicas entre las que destacamos el síndrome de burnout o “estar quemado” como desgaste profesional. Se define como la respuesta física y emocional al estrés laboral².

El término “burnout” describe los síntomas y signos, tanto físicos como psicológicos, experimentados por individuos debido a su trabajo. Se define como la condición en la que los profesionales pierden el interés por lo que les importa, los sentimientos por las personas con las que trabajan, y los tratan de forma deshumanizada. Los individuos a menudo tienen una sensación de agotamiento emocional, indiferencia, despersonalización y falta de deseo de logro personal.

El estrés está relacionado con el burnout, pero no es lo mismo. El estrés se produce cuando se excede la capacidad del individuo para hacer frente y lidiar con las demandas. Cuando hay poco estrés, le permite a una persona mejorar su rendimiento, mientras que el burnout es una respuesta intrínseca al estrés excesivo continuo, sin tiempo o espacio para la recuperación³.

El síndrome de quemarse por el trabajo es un fenómeno vinculado al incremento de los riesgos psicosociales que se describe a mediados de la década de los setenta, y que puede ser definido como una respuesta psicológica al estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional que aparece de manera más frecuente en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización. Esta respuesta se caracteriza por: a) un deterioro cognitivo del individuo, consistente en la pérdida de la ilusión por el trabajo, el desencanto profesional, o la baja realización personal en el trabajo; b) un deterioro afectivo, caracterizado por agotamiento emocional y físico y; c) la aparición de actitudes y conductas negativas hacia los clientes y hacia la organización en forma de comportamientos

indiferentes, fríos, distantes y, en ocasiones, lesivos (indolencia, despersonalización o cinismo). En ocasiones, estos síntomas se acompañan de sentimientos de culpa⁴.

Fue descrito en 1974 por Freudenberg, psiquiatra, que trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York. Observó que al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios sufrían una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes. En las mismas fechas, la psicóloga social Cristina Maslach, estudiando las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda, calificó a los afectados de “sobrecarga emocional” o síndrome de burnout. Esta autora lo describe como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal” que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas⁵.

Su aparición es la forma que el individuo se encuentra para afrontar, aunque sea de manera inadecuada, la cronicidad del estrés ocupacional. Se rompe el equilibrio psicofisiológico del profesional y le obliga a usar recursos extras de energía, inhibiendo las acciones necesarias para el enfrentamiento con ese contexto. El síndrome sobreviene cuando fallan otras estrategias para luchar con el estrés. Dependiendo de la intensidad y del tiempo de duración de ese estado, el individuo puede sufrir consecuencias graves, en el nivel físico y psicológico, en el caso de que no pueda restaurar el contexto anterior o desarrollar mecanismos adaptativos que le permitan restablecer el equilibrio perdido⁶.

Actualmente, la definición más usada es la propuesta en 1986 por Maslach y Jackson, en la que el agotamiento emocional es referido como un síndrome constituido por 3 dimensiones: agotamiento emocional, deshumanización y baja satisfacción personal en el trabajo.

- La dimensión del agotamiento emocional se caracteriza por la sensación de cansancio emocional y físico. Se trata de la constatación de que no se dispone más que de un resquicio de energía para llevar adelante las actividades laborales. Lo cotidiano en el trabajo pasa a ser penoso y doloroso.
- La despersonalización se revela a través de actitudes de distanciamiento emocional con relación a las personas a las cuales el profesional debe prestar servicios y a los colegas de trabajo. Los contactos son más impersonales, desprovistos de afectividad, deshumanizados. A veces el individuo presenta comportamientos ríspidos, cínicos o irónicos. Esa dimensión es considerada como el elemento defensivo del síndrome.
- La satisfacción personal en los quehaceres ocupacionales disminuye y el individuo pierde el entusiasmo y la eficiencia en el trabajo. Existe un sentimiento de tristeza personal, el trabajo pierde sentido y pasa a ser una carga⁶.

De acuerdo al modelo propuesto por Maslach, si bien el cansancio emocional es una dimensión determinante para la comprensión del síndrome, no alcanza por sí misma para definir y evaluar el burnout, necesitando inexorablemente de las otras dos dimensiones⁷.

Diversos autores reconocen la importancia del papel desempeñado por el trabajo, como también las implicaciones de la dimensión social y de la relacional, en el desarrollo del síndrome. De forma general, toda y cualquier actividad puede llegar a desencadenar un proceso de agotamiento emocional. Sin embargo, algunas profesiones han sido indicadas como más predisponentes por características que les son peculiares. Las ocupaciones cuyas actividades han tenido una involucración emocional son consideradas de mayor riesgo para el síndrome de burnout, especialmente las de los profesionales que trabajan directamente con otras personas, ayudándolas o como responsables de su desarrollo y bienestar. Así, son consideradas más predisuestas a las personas que se dedican a la docencia, enfermería, medicina y psicología, y a los policías⁶.

El burnout profesional es una entidad que se ve en profesionales y se caracteriza por exhaustividad emocional, despersonalización e ineffectividad. La exhaustividad emocional se considera el signo inicial del burnout y es causado por un desajuste entre las demandas y la capacidad personal de afrontarlas⁸.

Varias disciplinas médicas se consideran en alto riesgo de estrés psicológico. Por un lado, el estrés podría ejercer efectos beneficiosos cuando se enfrentan a un enfoque cognitivo adecuado y estrategias de afrontamiento adecuados. De hecho, la capacidad del médico para abordar situaciones difíciles puede aumentar la confianza en sí mismo y mejorar la sensación de bienestar y de ser útil. Por otro lado, un grado exagerado de estrés puede conducir a una disminución de la satisfacción, socavando la salud mental y física y, finalmente, conduciendo a un síndrome psicológico conocido como burnout. Este síndrome está alcanzando niveles epidémicos en la población médica con una prevalencia reportada en torno al 50%. El burnout se desarrolla en respuesta a estresores interpersonales crónicos y es más probable en ausencia de un apoyo adecuado por parte de la organización y de los administradores de la atención médica, y su presencia afecta negativamente a la atención de los pacientes y al profesionalismo de los médicos⁹.

Maslach y Leiter dicen que “por la naturaleza y la funcionalidad del cargo, hay profesiones de riesgo y de alto riesgo, siendo pocas aquellas que poseen un bajo riesgo para el síndrome de burnout”. La anestesiología es considerada una especialidad que genera niveles elevados de estrés y que puede traer como resultado consecuencias negativas en quien la practica. Por lo tanto, está clasificada como de alto riesgo⁶.

2.2. Prevalencia y epidemiología

La prevalencia de esta patología, relacionada única y exclusivamente con el desempeño de la actividad laboral, varía de unos estudios a otros. En algunos estudios se han obtenido porcentajes del 30%, aunque resultados más moderados sitúan su prevalencia en el 11,4%. Aplicando criterios más conservadores, en Holanda se estima que entre el 4% y el 7% de la población podrían sufrir niveles graves de síndrome de quemarse por el trabajo. Porcentajes cercanos al 7% se han estimado en Suecia. En Finlandia se estima que los casos graves de síndrome de quemarse por el trabajo de la población trabajadora se sitúan sobre el 2,4%. En estudios realizados en España se han obtenido porcentajes similares⁴.

Mientras que en la población médica general la incidencia del estrés laboral es de aproximadamente 28%, entre los anestesiólogos la incidencia es notablemente más elevada, siendo del orden del 50% en centros europeos y entre 59% y 96% a nivel latinoamericano².

El perfil epidemiológico clásico muestra que la probabilidad más alta de desarrollar este síndrome es en mujeres con 7 a 10 años de ejercicio profesional, entre los 40 y 55 años, sin compañero, con trabajo a tiempo completo y con responsabilidades importantes. Sin embargo, en anestesiólogos el perfil es diferente, predominando la antigüedad laboral mayor a 14 años, casados y con hijos, donde la sobrecarga laboral fue la variable con mayor incidencia¹⁰.

2.3. Etiología

El síndrome de quemarse por el trabajo surge de la falta de correspondencia entre las exigencias de la profesión médica y las recompensas recibidas; es el resultado a largo plazo de un desequilibrio entre nuestras expectativas y la realidad².

Los profesionales de la salud se enfrentan constantemente a una tarea compleja en la que influyen diversas circunstancias:

- Exceso de estimulación aversiva. Constantemente se enfrentan al sufrimiento y a la muerte del paciente, así como dolor por la pérdida de un ser querido.
- Contacto continuo con enfermos que exige un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda. Un control inadecuado del vínculo, por exceso (sobreimplicación) o por defecto (conductas de evitación), genera problemas importantes tanto para los pacientes como para sus cuidadores.

- La frustración de no poder curar, objetivo para el que han sido entrenados.
- Proporción muy alta de enfermos a los que deben de atender.
- Escasez de formación en habilidades de control de las propias emociones.
- Horario de trabajo irregular debido a la realización de turnos.
- Conflictos y ambigüedad de rol.
- Falta de cohesión en el equipo multidisciplinario².

Variables personales. Son sexo, edad, estado civil, antigüedad en el trabajo, las características de personalidad, las psicopatologías y las estrategias de afrontamiento.

Variables organizacionales. Son el clima laboral, el bienestar laboral, el grado de autonomía, la ejecución en el trabajo, el apoyo social, la ambigüedad de rol y la falta de reciprocidad.

Otros desencadenantes que no podemos olvidar son los derivados del ambiente físico y contenido del puesto laboral como nivel de ruido, vibraciones, tipo de iluminación, temperatura, condiciones de higiene, toxicidad, disponibilidad de espacio físico, trabajo nocturno, guardias y peligro de sobrecarga laboral².

2.3.1. Patogenia y proceso de desarrollo

El estrés laboral se genera por un proceso dinámico, acumulativo y crónico, teniendo como mecanismo de acción la activación frecuente del ciclo del estrés, desgastando paulatina y permanentemente los sistemas biológicos del organismo. El mismo lleva a una exposición gradual al desgaste del idealismo con falta de logros, llevando al agotamiento emocional, despersonalización y desvalorización profesional, lo que afecta la calidad de vida del profesional y la calidad de atención al paciente. En este proceso se puede hablar de la ironía del burnout, y es que sucede a la misma persona que previamente era un profesional con mucho entusiasmo, con muchas ideas, con gran despliegue de energía, con expectativas muy altas y grandes objetivos, que con el transcurrir del tiempo sin los resultados esperados le generan frustración y el desarrollo de numerosos efectos tales como físicos, psicológicos, conductuales, laborales y personales².

El síndrome de quemarse por el trabajo aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que suele emplear el profesional. Es un desequilibrio entre las demandas del medio o de la propia persona y de su capacidad de respuesta ante el estrés laboral. Una vez percibida la situación como estresante, han de aparecer estrategias de afrontamiento que neutralicen los estresores y hagan desaparecer estas discrepancias¹⁰.

La secuencia de desarrollo del síndrome es la siguiente:

1. Fase de aparición del conflicto: ataques suaves e insidiosos, síntomas que aparecen con intensidad variable y desaparecen al día siguiente.
2. Fase de instauración del síndrome: se intensifican las conductas violentas o agresivas; se tiende a negar, ya que se vive como un fracaso profesional y personal.
3. Fase de intervención de la superioridad o el grupo: después de un cierto tiempo, los responsables toman consciencia del problema e intervienen.
4. Fase de marginación o exclusión de la vida laboral: existe una fase irreversible, entre el 5 y el 10% resulta irreversible. Se llega a un diagnóstico de carácter psicopatológico que debe ser tratado. La víctima abandona la vida laboral¹⁰.

2.4. Factores de riesgo

Se han descrito varios factores de riesgo para que se desarrolle el síndrome de burnout, entre los cuales se encuentran la edad y el sexo, presencia de pareja estable, sobrecarga laboral, número de hijos, rasgos de personalidad, entre otros. Dentro de ellos el que resulta ser más prevalente e importante es el de sobrecarga de trabajo⁷.

Estos factores estresantes en el anestesiólogo tienen particularidades propias del tipo de especialidad, de su escenario laboral y del estilo de vida adquirido, siendo múltiples y relacionados entre ellos. Se vincula al inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo en forma acumulativa y crónica, asociado a factores relacionados a la organización laboral².

2.4.1. Los factores personales

En el marco de una profesión humanitaria de servicio, en contacto con el sufrimiento y el dolor se intrican desajustes de las expectativas altruistas, profesionales y sociales del anestesiólogo, la potenciación de una personalidad tipo A de “alto estrés” que desarrolla un rol protagónico en su ámbito de trabajo, con una valoración de la personalidad “sobre calificada”, que muchas veces lleva a que se sientan “dioses blancos” resistentes a la fatiga, invulnerables, sin limitaciones, con grandes expectativas y con fuerte compromiso laboral, no apreciando los efectos adversos de una vida estresante².

Edad. Si bien algunos estudios han sugerido que el riesgo se incrementa con la edad, datos más recientes del *UK Practitioner Health Programme* sugieren lo contrario. Esto es consistente con trabajos de Europa y los EEUU, donde la edad de menos de 55 años fue un factor de riesgo independiente para el burnout. Un factor de confusión puede ser el hecho de que los trabajadores más jóvenes tienen menos experiencia profesional y, por lo tanto, menos tiempo para desarrollar estrategias efectivas para lidiar con el estrés laboral³. Aunque no parece influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo estos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas⁵.

Sexo. Las mujeres reportan tasas de burnout más altas que los hombres. Sin embargo, las médicas con hijos pequeños y buen apoyo social tienen menos riesgo de desarrollarlo³. El grupo más vulnerable, quizá en este caso de los médicos por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar, así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer⁵.

Apoyo social. El aislamiento social tanto en el trabajo como en el hogar aumenta el riesgo de burnout³.

Personalidad. Los rasgos de personalidad, que se consideran estables y difíciles de cambiar, son importantes en el burnout y en la angustia psicológica. Las personas con ciertos tipos de personalidad pueden elegir ocupaciones de estrés alto, por lo que los médicos anesestesiólogos pueden tener rasgos de personalidad adecuados para las exigencias específicas de la especialidad³.

Estado civil. Aunque se ha asociado el síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar⁵.

2.4.2. Los factores profesionales

Se vinculan a:

1. El perfil del tipo de trabajo, que se caracteriza por alta responsabilidad en cuanto a la seguridad del paciente, vigilancia sostenida, manejo de pacientes críticos, manejo de pacientes complejos, decisiones de emergencia, enfrentamiento con la muerte. En definitiva, en estas situaciones se transforman emociones naturales en emociones estresantes.
2. La modalidad laboral es un factor de importancia como generadora de estrés en la actualidad, ya que el anestesiólogo está inmerso en una cultura laboral de “alta presión”, con exigencias de alta productividad, competitividad, criterios de calidad y de seguridad, sumado en general a calendarios con exceso de horas de trabajo tanto diurnas como nocturnas, e inadecuado descanso.
3. El fantasma de las demandas civiles y penales que se presentan cada vez con mayor frecuencia, o estar ya viviendo la experiencia de un proceso de juicio civil y/o penal².

2.4.3. Los factores institucionales

Los factores institucionales en la generación de estrés laboral se vinculan fuertemente a una estructura jerárquica rígida, inadecuadas relaciones con jefes de servicios, difícil comunicación con autoridades y mandos medios en la organización, donde es común la inseguridad laboral y la falta de políticas favorables a la vida de familia del trabajador².

2.4.4. Los factores ambientales

Se vinculan a infraestructura laboral inadecuada, a protecciones inadecuadas y a un hábitat laboral donde se puede desarrollar un trabajo intenso, rutinario, competitivo, hostil por momentos, donde predominen inadecuadas relaciones interpersonales entre médicos, enfermeros y el resto del personal, en el cual se percibe como un fracaso estar cansado como ideología laboral, aun cuando en realidad la falta de sueño y la fatiga crónica acumulada son moneda corriente².

2.5. ¿Cómo afecta?

El impacto del estrés laboral sobre la salud produce un desgaste paulatino y permanente de los sistemas biológicos, pudiendo provocar enfermedades físicas, deterioro psicoemocional, trastornos de la conducta y alteraciones intelectuales¹⁰. Además, puede tener un impacto muy importante sobre la vida familiar y la vida laboral.

El estrés laboral produce:

1. Enfermedades físicas entre las que destacamos la fatiga crónica, gastritis, úlcera gastroduodenal, hipertensión arterial, arritmias, angor, afecciones músculo-esqueléticas, afecciones neurológicas, disminución de la inmunidad y alteraciones reproductivas (podría contribuir a provocar abortos espontáneos).
2. Trastornos psíquicos: deterioro psico-emocional [como la ansiedad (19%), la angustia (43%) y la depresión (31%)], lo que puede llegar en algunos casos a ser el campo propicio para el suicidio. Destacamos que la depresión en anesthesiólogos y residentes en Latinoamérica resultó superior a la de la población general, registrándose una incidencia de entre 11% y 40%.
3. Trastornos en la conducta, como alcoholismo (44%), consumo de psicofármacos (16%) y abuso de drogas (1,7%), así como conductas agresivas o consumo de psicofármacos.
4. Trastornos intelectuales, como dificultad de concentración, disminución del estado de alerta, trabajos de baja calidad y alteraciones de la performance clínica.

Por su parte, el síndrome de quemarse por el trabajo se puede manifestar por varios síntomas, entre los cuales destacamos:

- Físicos: fatiga, alteraciones del sueño, cefaleas, impotencia, gastrointestinales.
- Psicológicos: irritabilidad, ansiedad, depresión, desesperanza.
- Conductuales: agresión, actitud defensiva, cinismo, abuso de drogas.
- Laborales: ausentismo, falta de rendimiento, robos.
- Personales: pobre comunicación, aislamiento y falta de concentración.

Cuando el síndrome de burnout progresa, puede llegar a tener graves consecuencias, tales como:

- Accidentes automovilísticos (vinculados al desgaste producido por la jornada laboral, sobre todo en las primeras horas de la mañana).
- Trastornos psíquicos (desarrollando todo tipo de estas patologías vinculadas fundamentalmente a depresión, ansiedad y angustia).
- Abuso de drogas.
- Suicidio.

La prevalencia del suicidio en pacientes con estados avanzados de síndrome de burnout es 6 veces mayor que en la población común, por tanto es una grave y temible consecuencia².

2.5.1. Efectos sobre las relaciones familiares

Se caracteriza por dificultades para balancear la vida familiar, aislamiento, fracaso en el vínculo con los hijos, dificultades en la relación de pareja, falta de soporte afectivo, divorcios y destrucción familiar².

2.5.2. Efectos laborales

Se destacan la falta de interés laboral, el ausentismo, insatisfacción laboral, trabajo de pobre calidad, contribución a cometer errores médicos; en algunos casos pueden llegar a mala praxis y los consiguientes problemas legales, llevando todas estas situaciones a pérdida de imagen profesional y en algunas ocasiones al abandono o al cambio de la especialidad y al retiro prematuro de ella, y en casos extremos de problemas legales en proceso de juicios civiles y/o penales llegando al suicidio².

2.6. Problema actual

2.6.1. Marco legal

La definición, el proceso de generación, las consecuencias, evaluación y prevención, así como el instrumento de prevención del síndrome de estar quemado por el trabajo “Burnout”, vienen recogidos en la Notas Técnicas de prevención 704¹¹, 705¹² y 732¹³, del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT).

2.6.1. Burnout y profesionales de la salud

El síndrome de quemarse por el trabajo puede ser considerado un problema relevante para la salud pública y un tema de preocupación para los políticos responsables de la salud. La dimensión del problema es merecedora de atención como problema de salud pública, pues es una patología

que se desarrolla en mayor medida en los profesionales del sector servicios que desarrollan su actividad laboral hacia otras personas⁴.

Los profesionales de la salud no están exentos de padecer trastornos físicos y psicológicos. Incluso no pocos autores han indicado tasas de alcoholismo, adicción a drogas, trastornos psiquiátricos, depresión y suicidio superiores a las de la población general. Globalmente, los datos parecen estimar que entre 10 y 12% de los médicos en ejercicio pueden sufrir en el transcurso de su vida profesional uno o más episodios de problemas psíquicos y/o conductas adictivas al alcohol, a otras drogas o a los psicofármacos. Un porcentaje de estos síntomas probablemente pueda estar asociado al estrés laboral y, específicamente, al síndrome de burnout.

Hoy en día se reconoce que el estrés laboral es uno de los principales problemas para la salud de los trabajadores y el buen funcionamiento de las instituciones para las que trabajan. Si éste es episódico no habría problemas, pues el organismo tiene capacidad para recuperarse, si las situaciones que lo generan se repiten con excesiva frecuencia, intensidad o duración, pueden producir la aparición de trastornos psicofisiológicos⁷.

Determinadas características estresantes de las condiciones de trabajo médicas están relacionadas frecuentemente con un amplio abanico de síntomas físicos y psíquicos, que repercuten en la salud del profesional médico, en la propia organización, en la satisfacción laboral y en la calidad asistencial prestada.

El gremio de anestesiólogos es un grupo humano heterogéneo que convive durante períodos prolongados en ambientes cerrados o restringidos sometidos a situaciones de tensión psíquica y física, alejados del ritmo circadiano normal. A ello, se agrega la amenaza cada vez más real de la demanda legal¹⁰. El médico anestesiólogo, por las características de la especialidad, el alto grado de responsabilidad, las extensas jornadas laborales, las constantes situaciones de estrés que requieren toma de decisiones rápidas, presenta riesgo de desarrollar el síndrome de burnout⁷.

En los anestesiólogos, el estrés se enmarca en particularidades propias del tipo de especialidad, su escenario laboral y su estilo de vida fuertemente condicionada por aspectos legales. Mientras que en la población médica la incidencia del estrés laboral es del 28%, en los anestesiólogos la incidencia es notoriamente más elevada, alcanzando el 50% a nivel europeo y 96% a nivel latinoamericano¹⁰.

El estrés laboral en el anestesiólogo puede estar relacionado a numerosos aspectos de su compleja vida laboral. Se le relaciona con la falta de control de su tiempo en el 83%, a interferencia con la vida familiar en el 75%, a aspectos médico-legales en el 66%, a problemas de comunicación en el 63% y a problemas clínicos en el 61%¹⁰.

La residencia, por su parte, es una etapa en la que el médico en formación asume nuevas y grandes responsabilidades a nivel laboral y personal haciéndolo particularmente susceptible⁷. Se relaciona con enfrentarse a pacientes críticos o a la muerte de pacientes, a la dificultad de balancear su vida personal y a las demandas profesionales crecientes. El entrenamiento de la residencia en particular puede causar un grado significativo de burnout, conduciendo a una interferencia en la habilidad individual de establecer los dilemas diagnósticos¹⁰.

La realidad actual muestra anesthesiólogos trabajando largas jornadas en ambientes estresantes, con presiones de productividad, expuestos a la naturaleza del trabajo anestesiológico y a numerosos agentes físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, etc. Estas situaciones suponen un costo alto en la salud, rendimiento, seguridad, y traumas en la vida familiar, por lo que la anestesia es considerada dentro de los trabajadores de la salud, como de “alto riesgo profesional”².

Más que estrés, es el burnout el que constituye un problema significativo para un elevado porcentaje de anesthesiólogos. Los anesthesiólogos reportan un nivel elevado o medio de satisfacción laboral que puede amortiguar el impacto del estrés¹⁰.

2.7. Evaluación del síndrome de burnout

Entre los instrumentos psicométricos de evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo más difundidos se encuentran el “*Maslach Burnout Inventory*” (MBI) (Maslach y Jackson, 1981), y el “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (CESQT) o “*Spanish Burnout Inventory*” (SBI)⁴.

El cuestionario más utilizado es la escala de Maslach. Se trata de un cuestionario autoadministrado constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes.

Mide los tres aspectos del síndrome: cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Existen 3 subescalas bien definidas:

- De cansancio emocional. Comprende 9 preguntas: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. Mide el agotamiento emocional por exigencias en el trabajo. Puntuación máxima 54.
- De despersonalización. Formada por 5 ítems: 5, 10, 11, 15, 22. Mide el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.

- De realización personal. Se compone de 8 preguntas: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Se consideran bajas puntuaciones entre 1 y 33. Las puntuaciones altas en las 2 primeras subescalas y baja en la tercera indican presencia del síndrome¹⁰.

Como punto de corte no hay un acuerdo general entre los autores, sin embargo, en la mayoría se ha utilizado el punto de corte dividiendo la puntuación total en tres tercios, siendo el tercio superior para el diagnóstico de burnout (más de 88 puntos), tercio medio tendencia a burnout (entre 44 y 87 puntos) y tercio inferior sin riesgo de padecer burnout (de 0-43 puntos). La puntuación máxima es de 132 y la mínima de 0.

Para cansancio emocional, puntuaciones superiores a 27 son indicativas de un alto nivel de cansancio emocional, entre 19 y 26 puntuaciones intermedias y menos de 19 niveles bajos o muy bajos.

Para despersonalización, puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, entre 6 y 9 medio y menos de 6 bajo grado de despersonalización.

En el caso de realización, indicar que funciona en sentido contrario a los anteriores, de 0-33 puntos indicarán baja realización, de 34-39 intermedia y más o igual a 40 alta sensación de logro¹⁴.

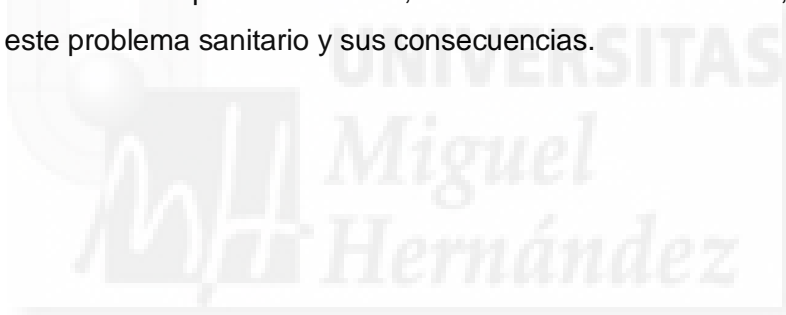
3. Objetivos

3.1. Objetivo general

El objetivo general de este trabajo es determinar, entre los médicos de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor del Sistema Murciano de Salud, tanto facultativos especialistas adjuntos como médicos residentes, la prevalencia del síndrome de burnout.

3.2. Objetivos específicos

1. Analizar si existen diferencias dependiendo de los factores sociodemográficos estudiados.
2. Estudiar cómo influyen los factores sociodemográficos en el síndrome de burnout.
3. Establecer las bases para desarrollar, en caso de ser necesario, herramientas para afrontar este problema sanitario y sus consecuencias.



4. Metodología

Este trabajo se ha llevado a cabo en el Hospital General Universitario José María Morales Meseguer (HGUMM) y en el Hospital General Universitario Reina Sofía (HGURS), ambos de Murcia. Dicho trabajo ha sido aprobado por el Comité de Evaluación de Trabajos de Investigación del HGUMM (ANEXO I).

Se utilizó, previa información del estudio y obtención del consentimiento informado para participar en el mismo (ANEXO II), una encuesta de información general donde se recolectaron datos sociodemográficos y laborales (ANEXO III). Para la evaluación del síndrome de burnout se aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI), el cual es un instrumento que consta de 22 ítems, que se valora con una escala de tipo Likert, en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos en relación a su interacción con el trabajo. El sujeto valora, mediante un rango de 6 adverbios que van de “nunca” a “diariamente”, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems. La factorización de los 22 ítems arroja, en la mayoría de los trabajos, tres factores que son denominados agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo. Estos factores constituyen las tres subescalas del MBI (ANEXO IV).

Se ha realizado un estudio observacional de tipo transversal. La información obtenida se introdujo en una base de datos diseñada a tal efecto, para su posterior análisis estadístico. Se utilizó el programa IBM® SPSS® Statistics versión 25, con el que además se elaboraron los gráficos incluidos en el trabajo. Se ha obtenido una distribución de frecuencias de todas las variables, y las variables cuantitativas se han resumido con media y desviación estándar (DE). El estudio de la relación entre variables cualitativas y la comparación de porcentajes se ha realizado mediante un análisis de tablas de contingencia con la prueba χ^2 de Pearson y el subsiguiente análisis de residuos. Se consideraron valores de $p < 0,05$ como significancia estadística.

Además, se ha efectuado una búsqueda bibliográfica de los últimos 15 años de literatura sobre este tema. La información ha sido extraída de diversos artículos, revistas científicas, libros y páginas web. Se incluyeron un total de 18 artículos que fueron considerados válidos para la elaboración de este trabajo.

4.1. Tamaño de la población a estudio

La población de referencia la conforman un total de 38 (23 del HGUMM y 15 del HGURS) facultativos especialistas adjuntos de Anestesiología y Reanimación, así como 6 (4 del HGUMM y 2 del HGURS) médicos internos residentes de la misma especialidad.

4.2. Variables a estudio

Las variables estudiadas fueron de tipo cualitativas: 1) Rango de edad, 2) Género, 3) Situación conyugal, 4) Hijo/s, 5) Lugar de nacimiento, 6) Categoría profesional, 7) Libranza de las guardias, 8) Sobrecarga de trabajo, 9) Ambiente de trabajo, 10) Tiempo trabajado, 11) Lugar de trabajo, 12) Tiempo libre; así como cuantitativas: 1) Promedio de horas laborales semanales sin guardias, 2) Promedio de guardias mensuales.

Las variables del Maslach Burnout Inventory están descritas en el ANEXO IV.

4.2.1. Criterios de inclusión

- Facultativos especialistas adjuntos de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor.
- Médicos Internos Residentes de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor.

4.2.1. Criterios de exclusión

- Todo el personal externo al Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor.
- Rechazo explícito a participar en el estudio.

4.3. Diseño del estudio

4.3.1. Cronograma

- Elaboración y presentación del proyecto: Febrero - Marzo 2019.
- Estudio con recogida de datos: Abril 2019.
- Análisis estadístico de los datos: Mayo 2019.
- Redacción de los resultados: Mayo 2019.
- Presentación de los resultados: Junio 2019.

4.4. Confidencialidad de los datos y memoria económica

La información referente a la identidad de los profesionales será considerada confidencial a todos los efectos, por lo que los datos obtenidos serán de carácter anónimo. La base de datos que genere el estudio no contendrá identificación alguna, asignando un código numérico. Para ello, se seguirá lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

La participación de la investigadora en este estudio no interferirá en ningún caso con las labores asistenciales.

Este estudio no supondrá ningún gasto extra al lugar donde se realiza, pues no se solicitarán pruebas analíticas o exploraciones complementarias de ningún tipo.

No se percibirá ninguna compensación económica por participar en este estudio.



5. Resultados

5.1. Análisis de las variables sociodemográficas y laborales

La muestra poblacional de este trabajo está constituida por un total de 44 encuestados, de los cuales un 34'09% corresponden a hombres y un 65'91% a mujeres (Figura 1). El 15'91% tiene una edad menor de 30 años, el 52'27% está situado entre los 30 y los 50 años y el 31'82% son mayores de 50 años (Figura 2).

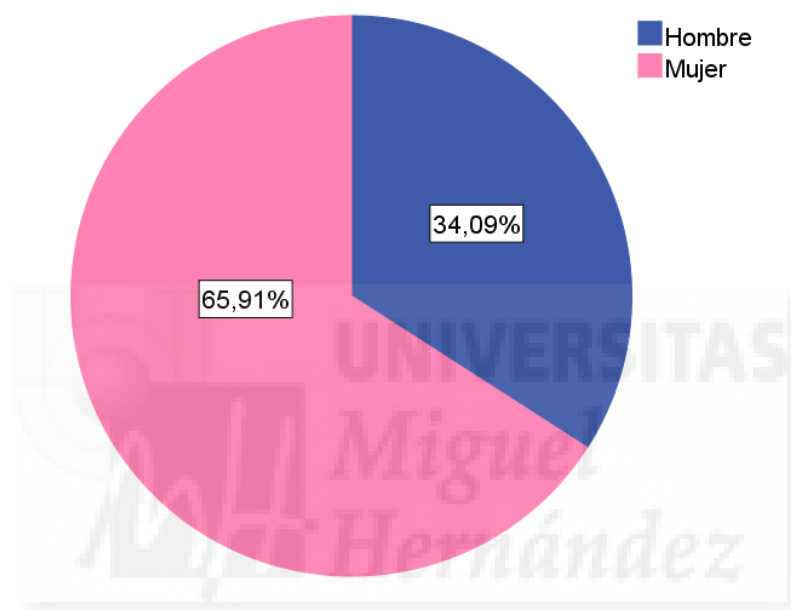


Figura 1. Variable género

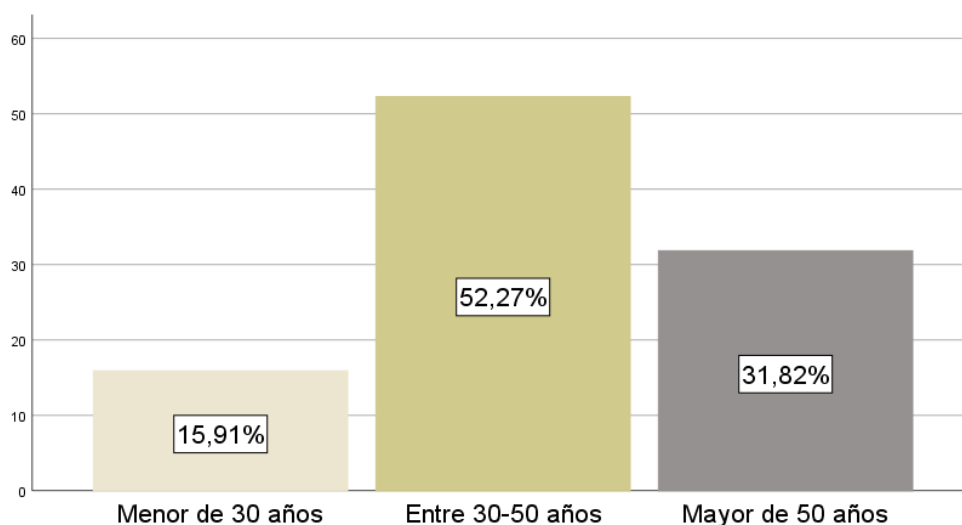


Figura 2. Variable rango de edad

La distribución según la categoría profesional es la siguiente: el 86'4% son facultativos especialistas en Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, y el 13'6% pertenecen a la categoría de médicos internos residentes de la misma especialidad. Estos trabajadores ejercen su oficio el 61'4% en el HGUMM y el 38'6% en el HGURS.

Atendiendo a la situación conyugal, el 52'3% está casado/a, el 29'5% tiene pareja y el 18'2% está soltero/a; sin estar ninguno de ellos viudo/a (Figura 4). El 18'2% no tiene hijos, el 27'3% tiene 1 hijo y el 54'5% más de 1 hijo (Figura 5). En lo respectivo al lugar de nacimiento, 59'1% había nacido en Murcia y el 40'9% fuera de Murcia (Figura 6).

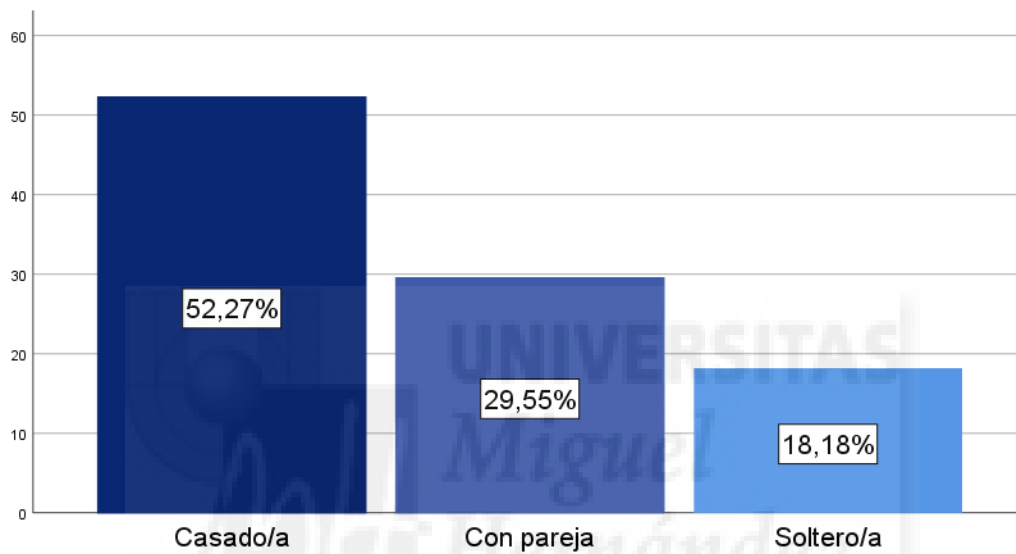


Figura 3. Variable "Situación conyugal"

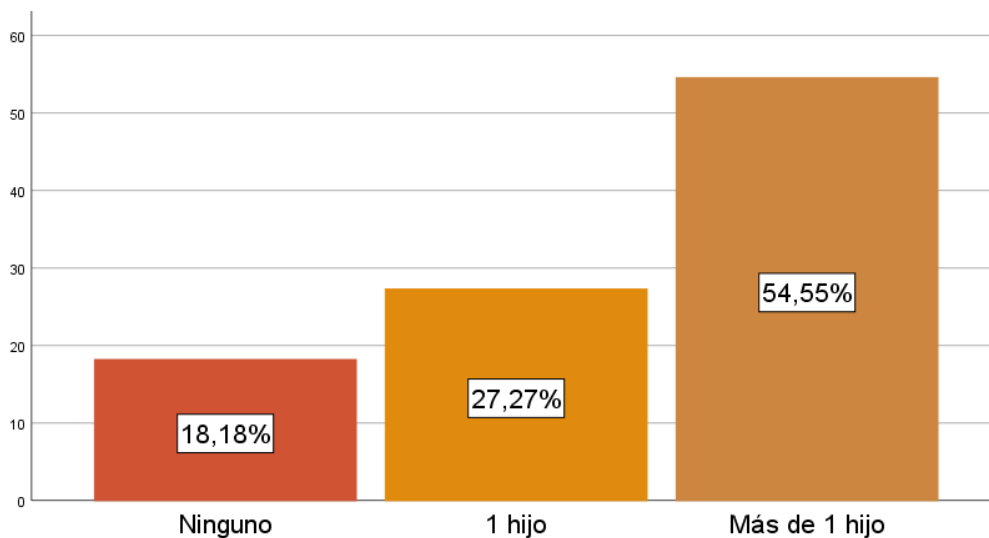


Figura 4. Variable "Hijos"

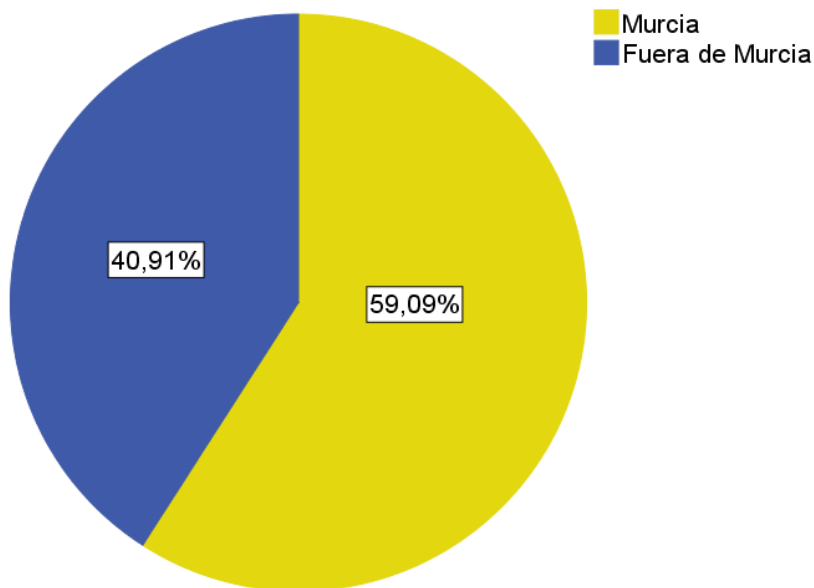


Figura 5. Variable "Lugar de nacimiento"

En cuanto al trabajo, del 84'1% de los médicos que realizan guardias, el 100% las libra al día siguiente; es decir, que tienen 24 horas libres antes de incorporarse a la jornada laboral otra vez. El 38'6% piensa que existe un buen ambiente de trabajo y el 50% siente que tiene suficiente tiempo libre para realizar sus actividades de ocio. El 54'5% piensa que tiene una sobrecarga de trabajo. La media de horas laborales semanales es de 37'36 con una desviación estándar de 2'942 (Figura 7). La media de guardias mensuales es de 3'27 con una DE de 1'575 (Figura 8). En cuanto al tiempo trabajado, la media es de 16'68 años y la DE de 10'474 (Figura 9).

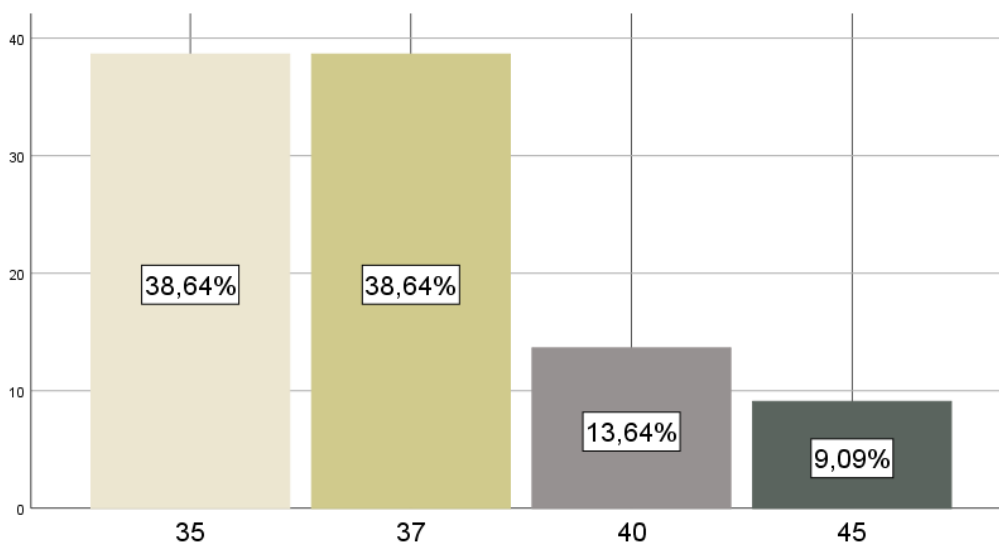


Figura 6. Variable "Número de horas laborales semanales"

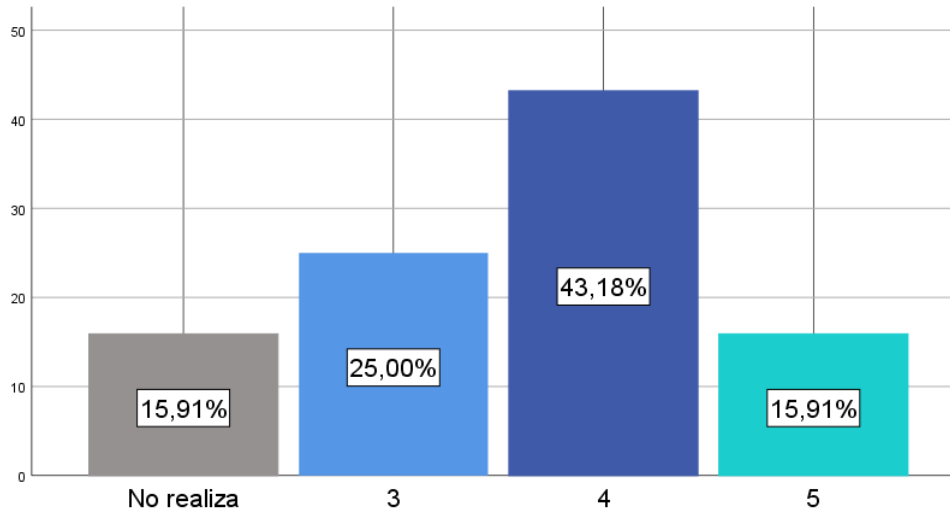


Figura 7. Variable "Número de guardias al mes"

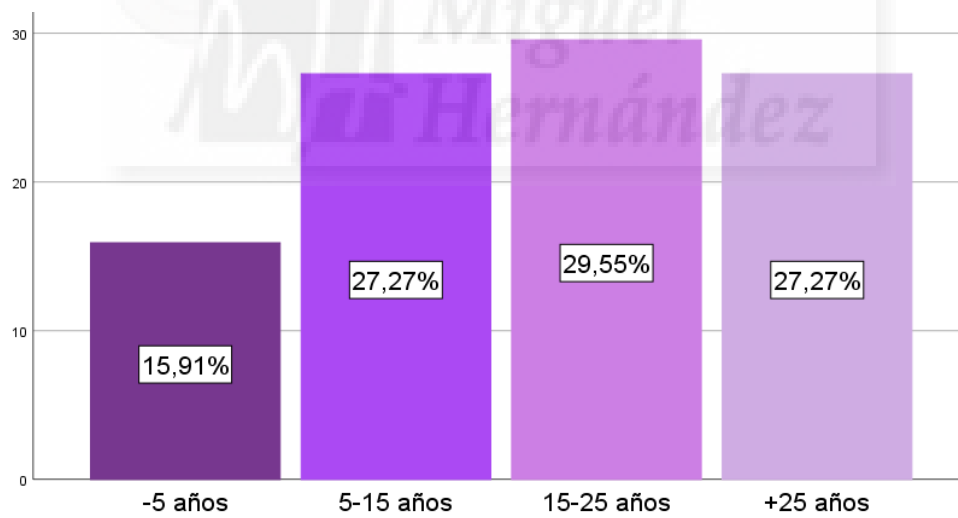


Figura 8. Variable "Tiempo trabajado"

5.2. Análisis del MBI

Analizando las escalas del Maslach Burnout Inventory, el 52'3% obtuvo puntuaciones altas en la de cansancio emocional (Figura 9, Tabla 1), el 40'9% en la de despersonalización (Figura 10, Tabla 1) y el 34'1% en la de realización personal (Figura 11, Tabla 1).

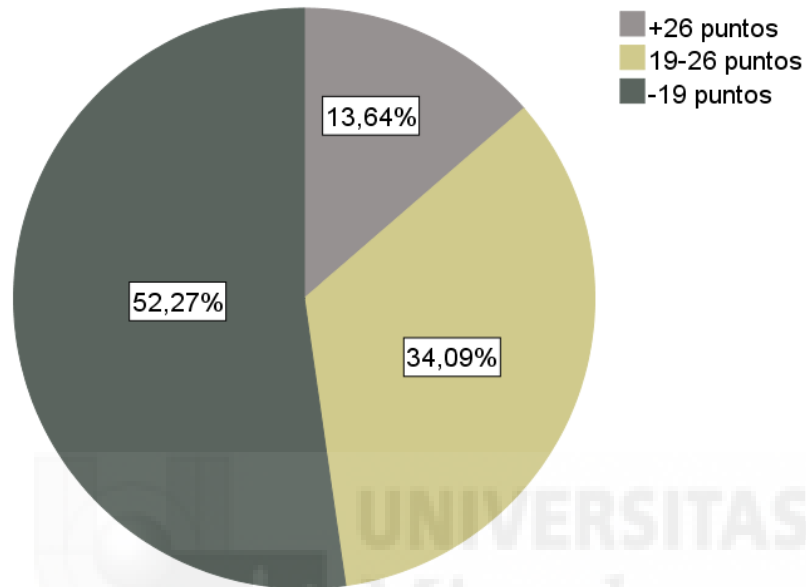


Figura 9. Variable "MBI - Cansancio emocional"

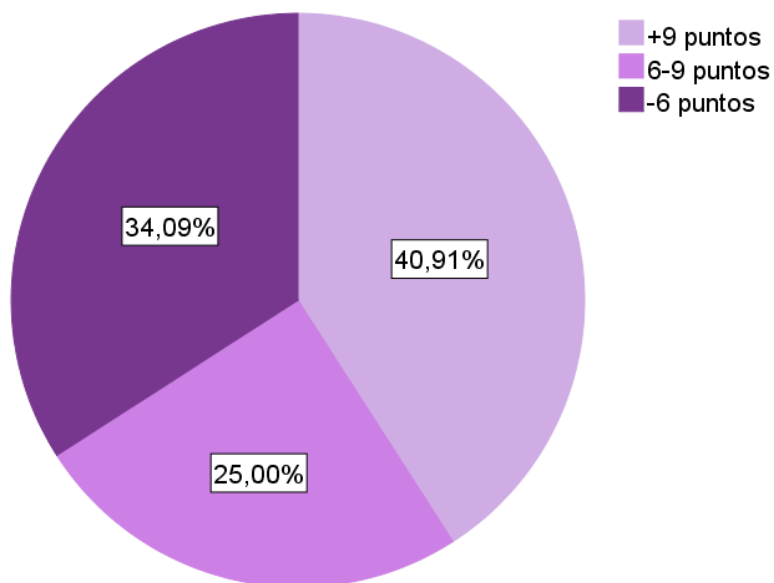


Figura 10. Variable "MBI - Despersonalización"

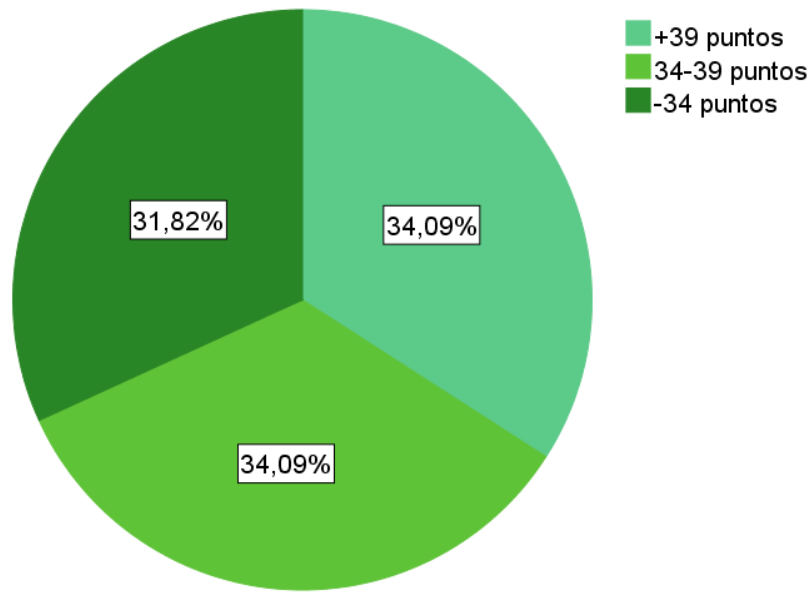


Figura 11. Variable "MBI - Realización personal"

PUNTUACIONES EN LAS TRES ESCALAS						
	PUNTUACIÓN BAJA		PUNTUACIÓN MEDIA		PUNTUACIÓN ALTA	
	N	%	N	%	N	%
CANSANCIO EMOCIONAL	23	52'3%	15	34'1%	6	13'6%
DESPERSONALIZACIÓN	15	34'1%	11	25%	18	40'9%
REALIZACIÓN PERSONAL	14	31'8%	15	34'1%	15	34'1%

Tabla 1. Puntuaciones en las tres escalas del MBI. Elaboración propia

Del total, el 4'5% han obtenido una puntuación alta para síndrome de burnout, el 88'6% están en riesgo de padecerlo y el 6'8% presentan un riesgo bajo para el mismo (Figura 12).

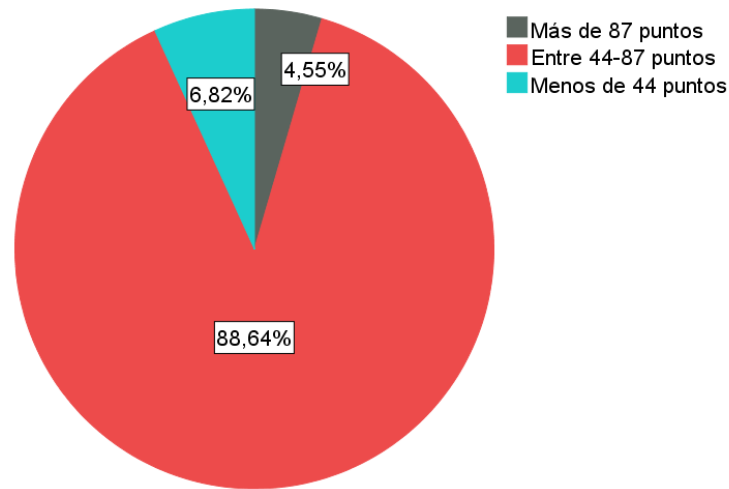


Figura 12. Variable "Síndrome de burnout"

5.2.1. Relación del MBI con las variables sociodemográficas y laborales

Cansancio emocional

Esta dimensión del MBI presenta una asociación estadísticamente significativa con la sobrecarga de trabajo (χ^2 de Pearson = 9'512, $p = 0'009$) y el tiempo trabajado (χ^2 de Pearson = 13'637, $p = 0'034$). De los que opinan tener sobrecarga de trabajo, el 25% presentan niveles elevados de cansancio emocional, frente al 75% con baja puntuación en los que opinan que no tienen sobrecarga (Figura 13). En cuanto al tiempo trabajado, la dimensión se ve afectada con niveles más altos de puntuación en los que llevan de 15 a 25 años trabajando (38'5%) (Figura 14).

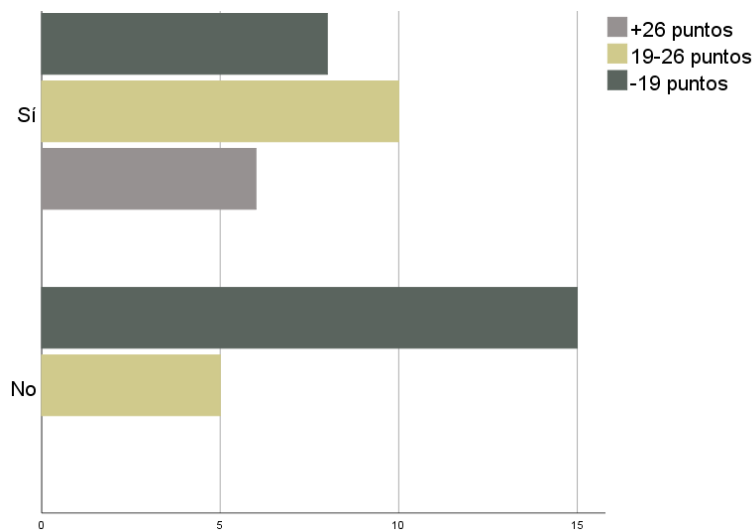


Figura 13. Relación entre "cansancio emocional" y "sobrecarga de trabajo"

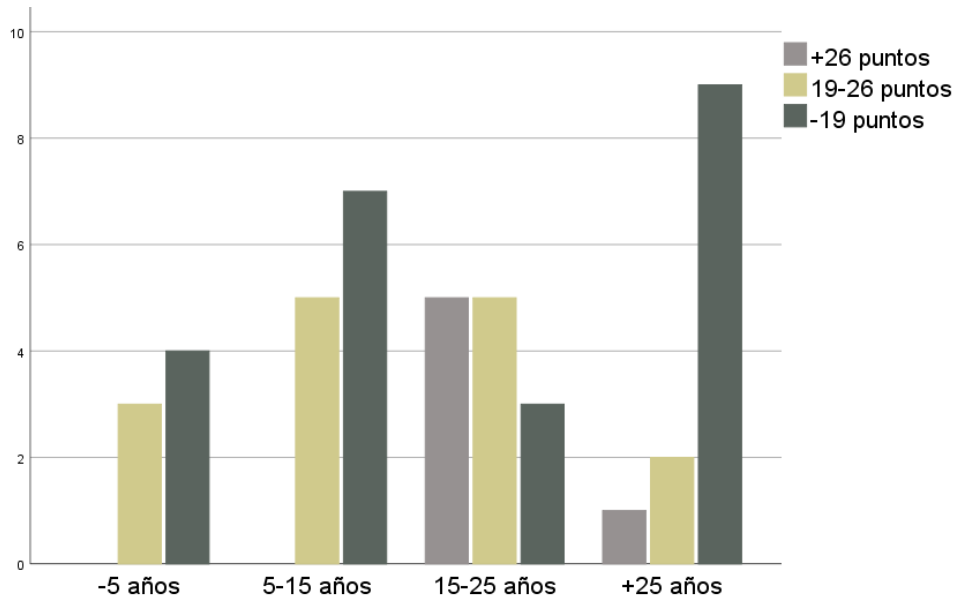


Figura 14. Relación entre “cansancio emocional” y “tiempo trabajado”

Despersonalización

Encontramos una tendencia significativa a padecer niveles altos de despersonalización en esta dimensión entre las variables edad (χ^2 de Pearson = 14'498, $p = 0'006$), situación conyugal (χ^2 de Pearson = 12'205, $p = 0'016$), lugar de nacimiento (χ^2 de Pearson = 6'180, $p = 0'046$) y tiempo trabajado (χ^2 de Pearson = 18'754, $p = 0'005$).

En cuanto a la edad (Figura 15), encontramos que conforme aumenta el rango de edad, disminuye el nivel de despersonalización (71'4%, 39'1% y 28'6%, respectivamente).

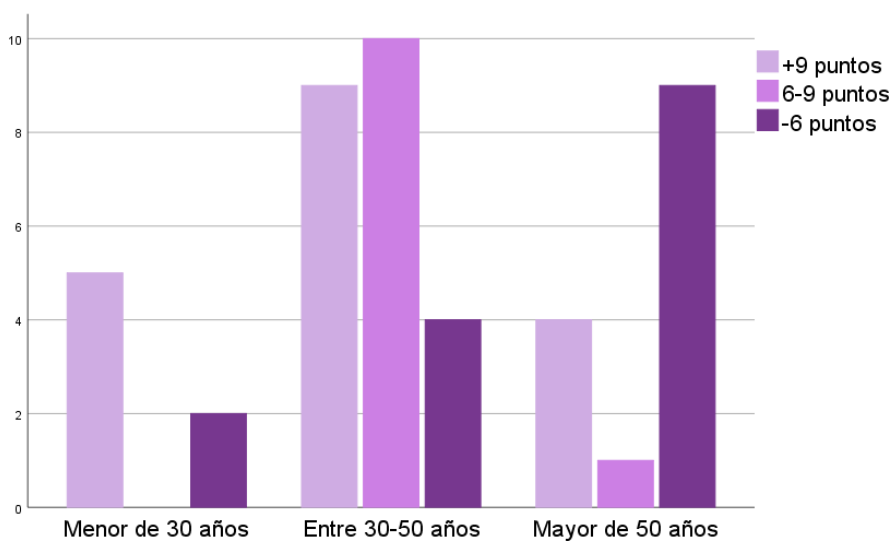


Figura 15. Relación entre “despersonalización” y “edad”

En lo referente a la situación conyugal (Figura 16), la más afectada es la de los que tienen pareja, con un 76'9% que se encuentran en niveles altos de despersonalización. En la menos afectada están los casados, con un 21'7%.

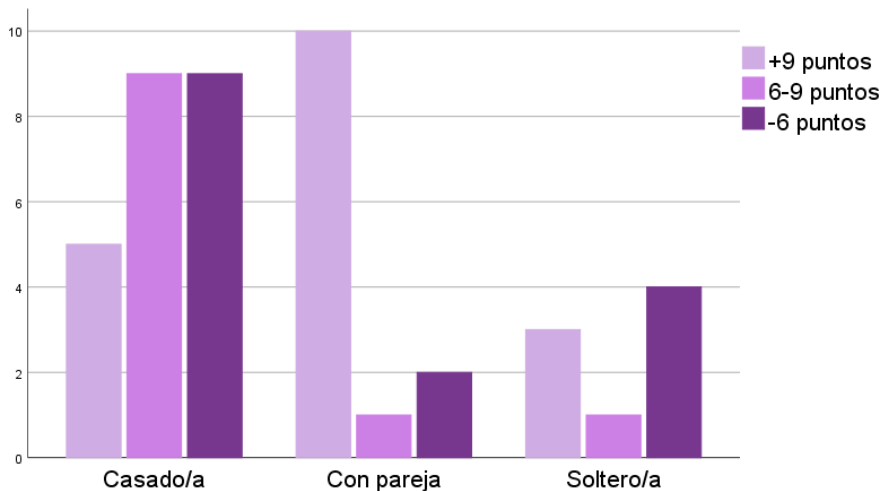


Figura 16. Relación entre “despersonalización” y “situación conyugal”

En el lugar de nacimiento (Figura 17), los nacidos fuera de la Región de Murcia presentan puntuaciones más elevadas de despersonalización (50% frente a 34'6%).

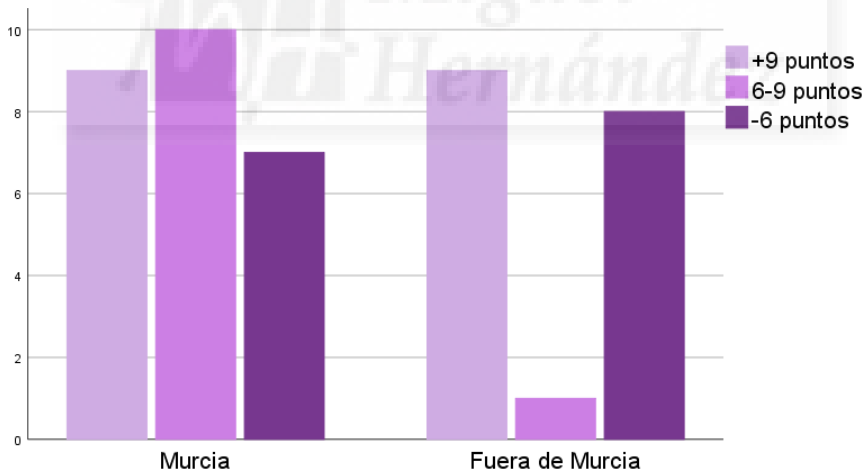


Figura 17. Relación entre “despersonalización” y “lugar de nacimiento”

En el tiempo trabajado (Figura 18), encontramos que las puntuaciones más altas en esta escala del MBI van decreciendo conforme aumenta la experiencia laboral (71'4%, 41'7%, 38'5% y 37'5%, respectivamente).

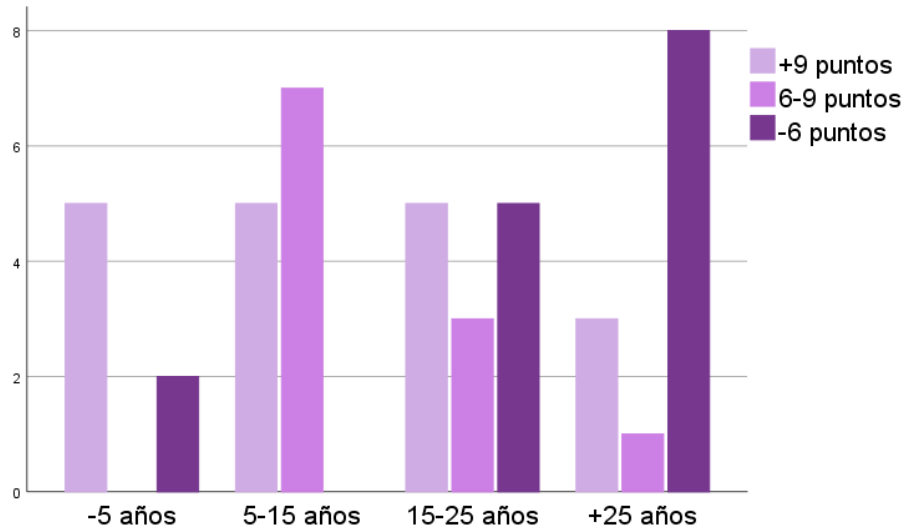


Figura 18. Relación entre “despersonalización” y “tiempo trabajado”

Realización personal

Las puntuaciones más altas de esta escala se obtuvieron de forma significativa en relación con el lugar de nacimiento: (χ^2 de Pearson = 14'393, $p = 0'001$) y el buen ambiente de trabajo (χ^2 de Pearson = 6'401, $p = 0'041$).

En cuanto al lugar de nacimiento (Figura 19), los que tenían alto nivel de realización era los nacidos fuera de la Comunidad, con un 66'7% frente a un 11'5% de los nacidos en Murcia. De los que contestaron tener un buen ambiente de trabajo (Figura 20), el 52'9% tenían un alto nivel de realización personal.

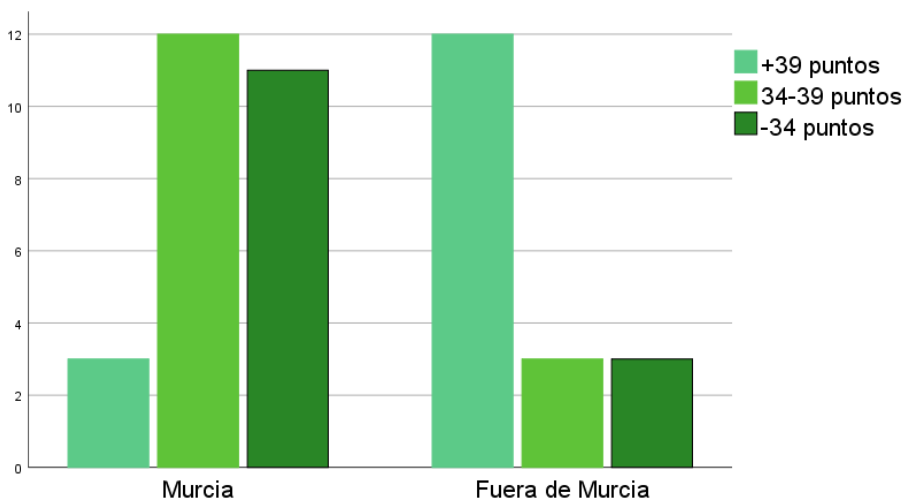


Figura 19. Relación entre “realización personal” y “lugar de nacimiento”

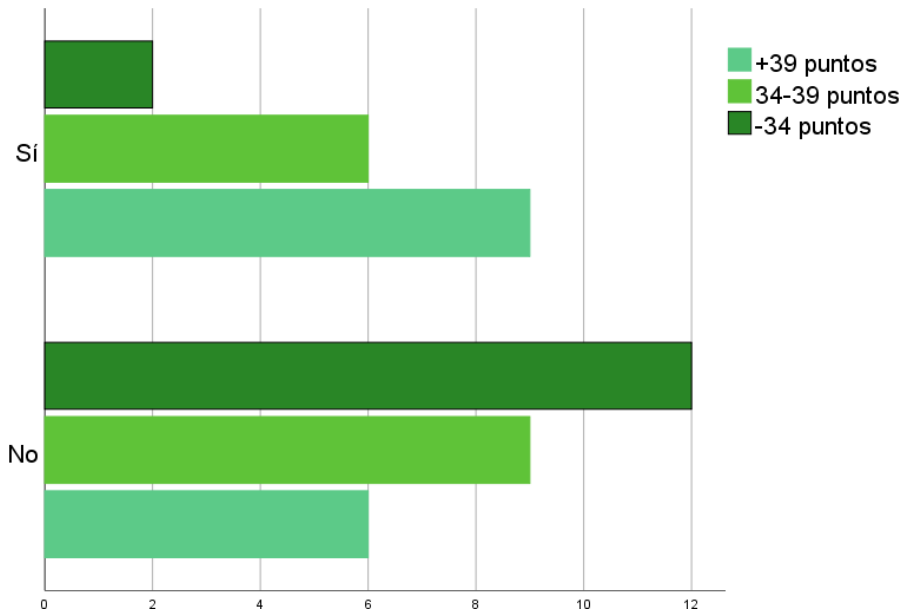


Figura 20. Relación entre “realización personal” y “buen ambiente de trabajo”

Síndrome de burnout y edad

Hallamos que en los encuestados mayores de 50 años el 7'1% tienen una puntuación alta para síndrome de burnout y que el 14'3% presentan un riesgo bajo para el mismo. En el rango de 30 a 50 años, el 4'3% tienen puntuación alta para síndrome de burnout y el 4'5% un riesgo bajo. Finalmente, en el grupo de menores de 30 años, el 100% están en riesgo de padecerlo (χ^2 de Pearson = 2'627, $p = 0'620$) (Figura 21).

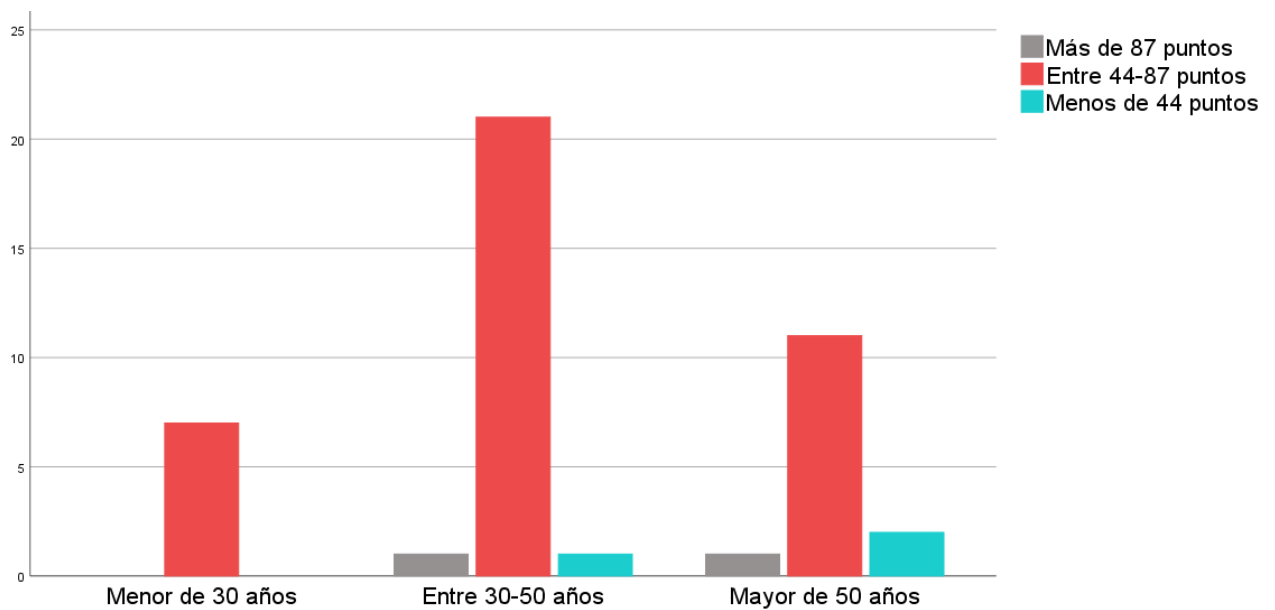


Figura 21. Relación entre “síndrome de burnout” y “edad”

Síndrome de burnout y sexo

El 6'7% de los hombres y el 3'4% de las mujeres presentan puntuación alta para síndrome de burnout; y el 21'4% de los hombres tienen un riesgo bajo de desarrollarlo (χ^2 de Pearson = 6'627, $p = 0'036$) (Figura 22).

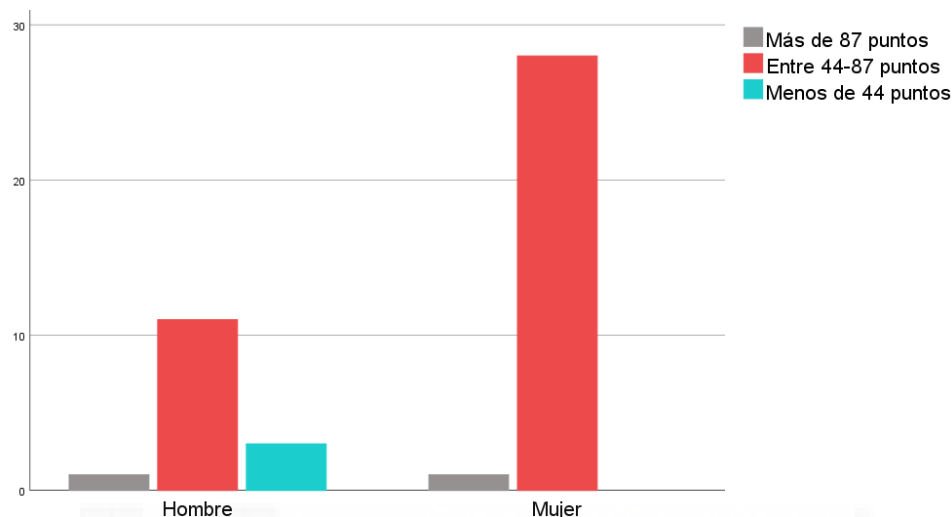


Figura 22. Relación entre “síndrome de burnout” y “sexo”

Situación conyugal y burnout

De los encuestados casados/as, el 8'7% tienen puntuación alta para síndrome de burnout, el 78'3% están en riesgo de padecerlo y el 13% en bajo riesgo de desarrollarlo; mientras que en los que tienen pareja y son solteros/as, el 100% presentan un alto riesgo para el mismo (χ^2 de Pearson = 5'151, $p = 0'272$) (Figura 23).

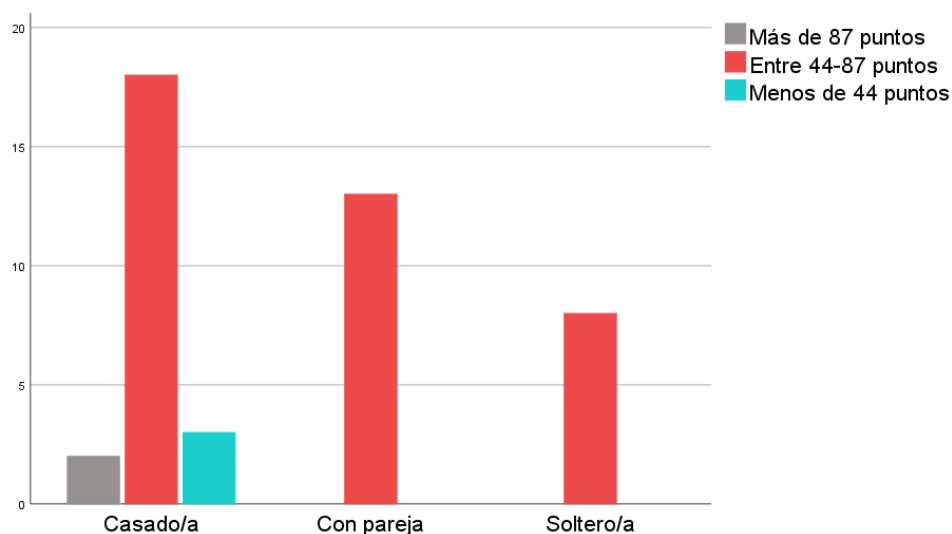


Figura 23. Relación entre “síndrome de burnout” y “situación conyugal”

Hijos y burnout

Los participantes que no tienen hijos y los que tienen únicamente un hijo presentan un 100% de riesgo de desarrollar el síndrome. De entre los que tienen más de un hijo, el 8'3% tienen puntuación alta para síndrome de burnout, el 79'2% están en riesgo y el 12'5% presentan un riesgo bajo para el mismo (χ^2 de Pearson = 4'701, $p = 0'319$) (Figura 24).

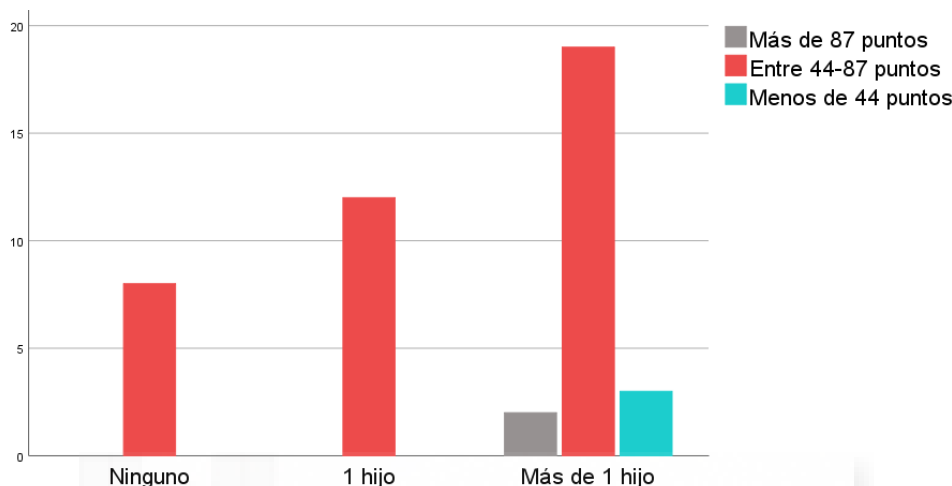


Figura 24. Relación entre “síndrome de burnout” e “hijos”

Lugar de nacimiento y burnout

En cuanto al lugar de nacimiento, los nacidos fuera de Murcia presentan una puntuación más alta para el síndrome de burnout que los de Murcia, con unos valores de 5'5% frente a 3'9% respectivamente (χ^2 de Pearson = 0'140, $p = 0'932$) (Figura 25). En cuanto a los que están en riesgo de padecerlo, los porcentajes son similares (88'5% y 88'9% respectivamente).

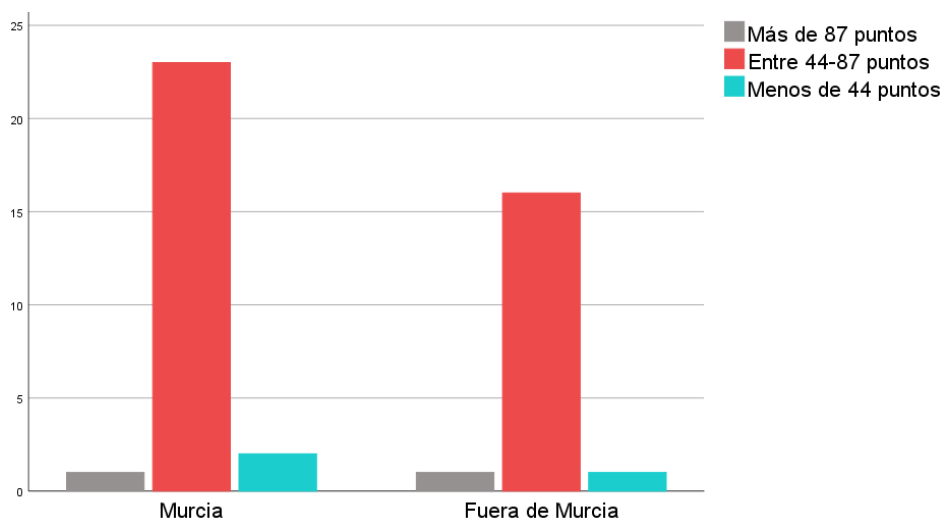


Figura 25. Relación entre “síndrome de burnout” y “lugar de nacimiento”

Número de horas laborales semanales y burnout

Los que trabajan 45 horas presentan una puntuación alta para síndrome de burnout (25%). El 11'8% y el 5'9% de los que trabajan menos horas (37 y 35 horas respectivamente) tienen un riesgo bajo de desarrollarlo (χ^2 de Pearson = 6'280, $p = 0'393$) (Figura 26).

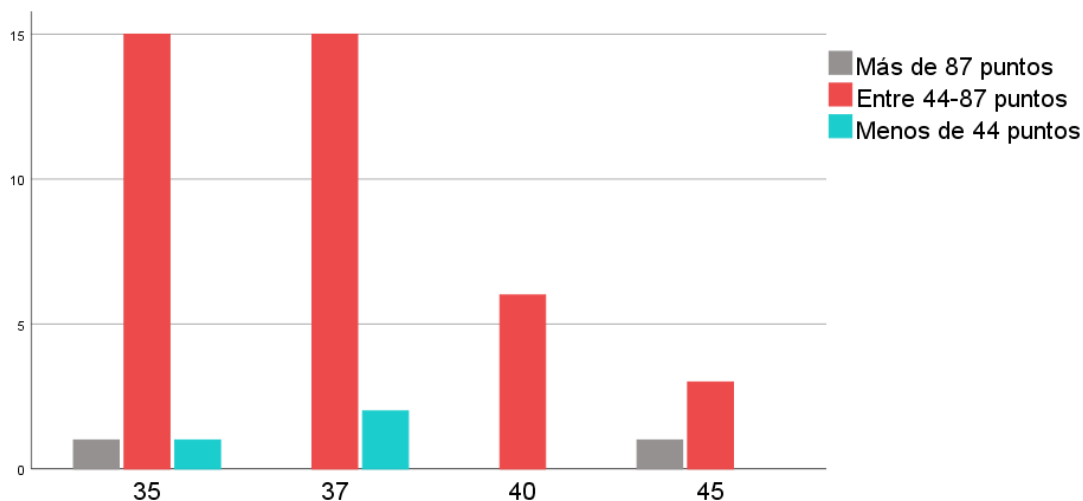


Figura 26. Relación entre “síndrome de burnout” y “número de horas laborales semanales”

Número de guardias y burnout

El 42'8% de los encuestados que no realizan guardias tienen un bajo riesgo de padecer síndrome de burnout. Destaca que el 18'2% de los que realizan 3 guardias al mes presentan una puntuación alta para el mismo; y sin embargo, el 100% de los que realizan tanto 4 como 5 guardias al mes presentan riesgo de desarrollar el síndrome (χ^2 de Pearson = 23'077, $p = 0'001$) (Figura 27).

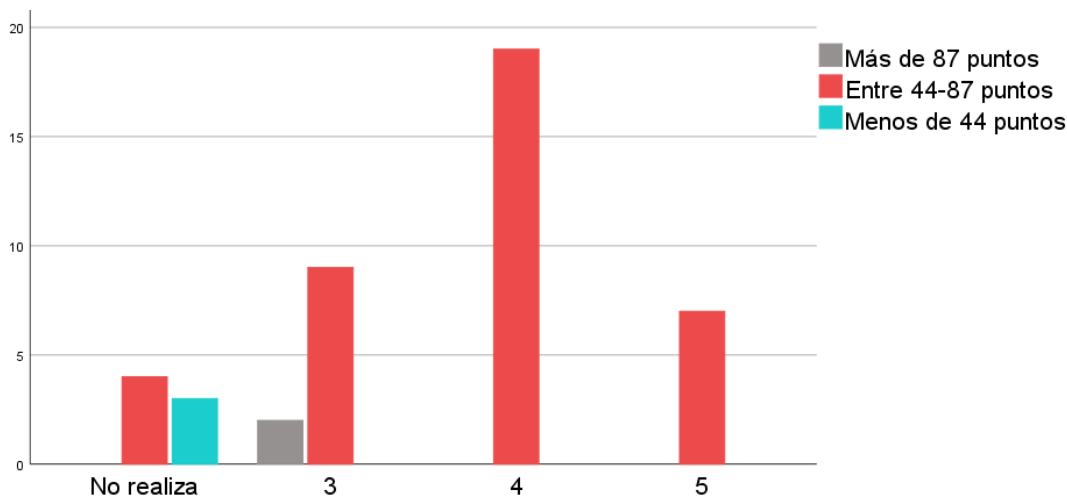


Figura 27. Relación entre “síndrome de burnout” y “número de guardias mensuales”

Sobrecarga de trabajo y burnout

De los participantes que contestaron tener sobrecarga de trabajo, el 8'3% presentan una puntuación alta para síndrome de burnout y el 91'7% están en riesgo de padecerlo. De los que contestaron que no se encuentran sobrecargados de trabajo, el 15% presentan un riesgo bajo y el 85% están en riesgo de desarrollar el síndrome (χ^2 de Pearson = 5'321, $p = 0'07$) (Figura 28).

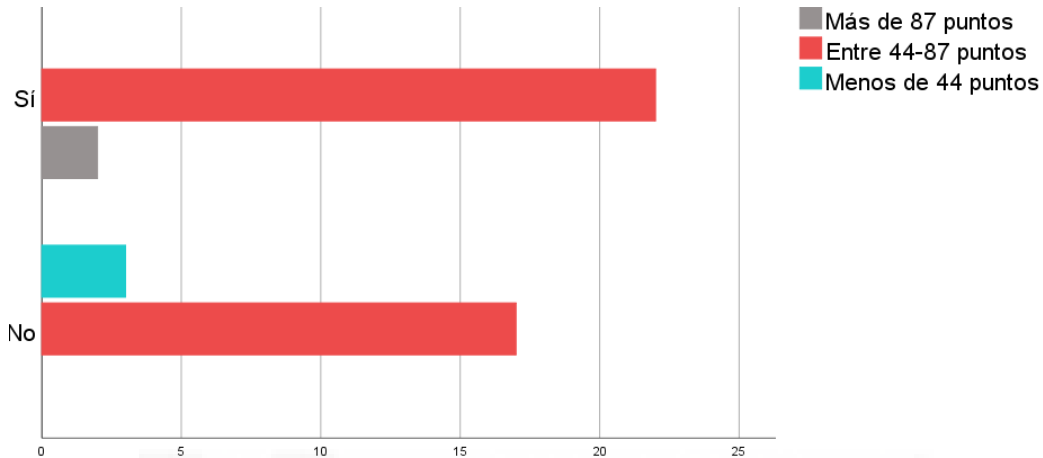


Figura 28. Relación entre “síndrome de burnout” y “sobrecarga de trabajo”

Buen ambiente de trabajo y burnout

De los entrevistados que contestaron no tener un buen ambiente de trabajo, el 7'4% presentaron puntuación alta para síndrome de burnout, el 88'9% están en riesgo de padecerlo y el 3'8% tienen un riesgo bajo (χ^2 de Pearson = 2'254, $p = 0'324$) (Figura 29).

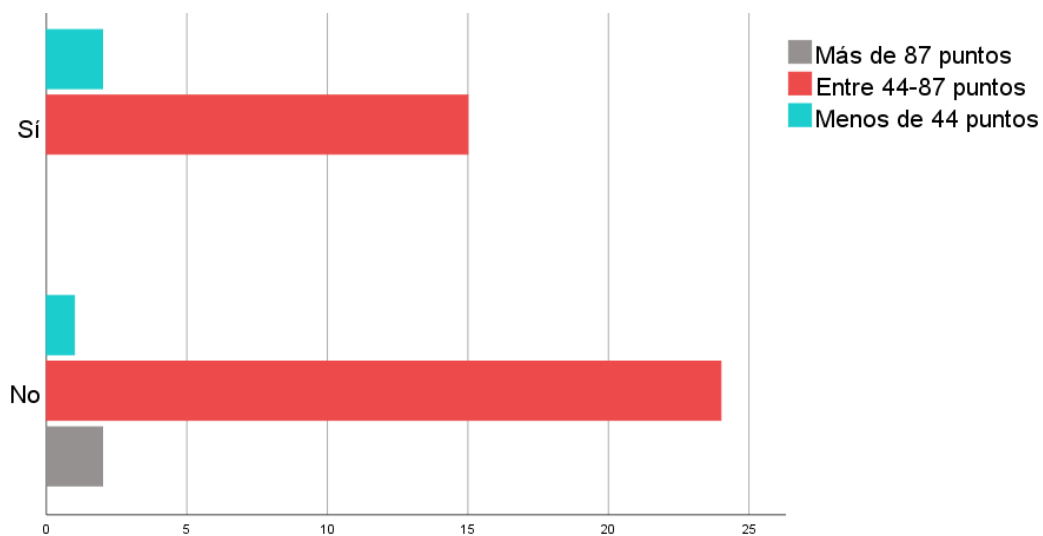


Figura 29. Relación entre “síndrome de burnout” y “buen ambiente de trabajo”

Tiempo trabajado y burnout

Los médicos que llevan trabajando entre 15 y 25 años son los que padecen síndrome de burnout (15'4%); sin embargo, son los que llevan trabajando más de 25 años los que tienen un 25% de riesgo bajo para desarrollar el síndrome. Los que han trabajado menos de 5 años y entre 5 y 15 años están el 100% en riesgo de padecerlo (χ^2 de Pearson = 13'321, $p = 0'038$) (Figura 30).

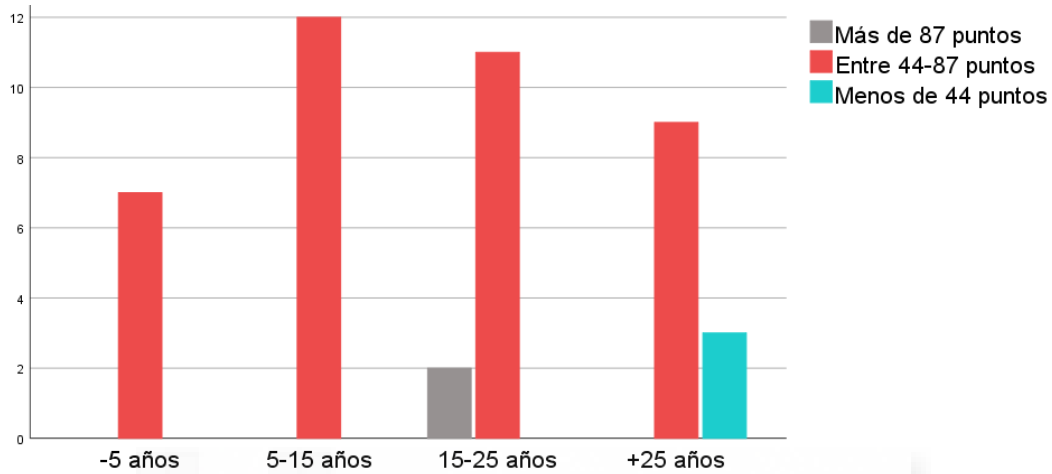


Figura 30. Relación entre “síndrome de burnout” y “tiempo trabajado”

Tiempo libre y burnout

Entre los entrevistados que respondieron no tener tiempo libre, el 9'1% presentó una puntuación alta para síndrome de burnout y el 90'9% están en riesgo de padecerlo; mientras que los que contestaron que sí que tenían tiempo libre, el 83'4% están en riesgo de padecer burnout y el 13'6% presentan un riesgo bajo para el mismo (χ^2 de Pearson = 5'026, $p = 0'081$) (Figura 31).

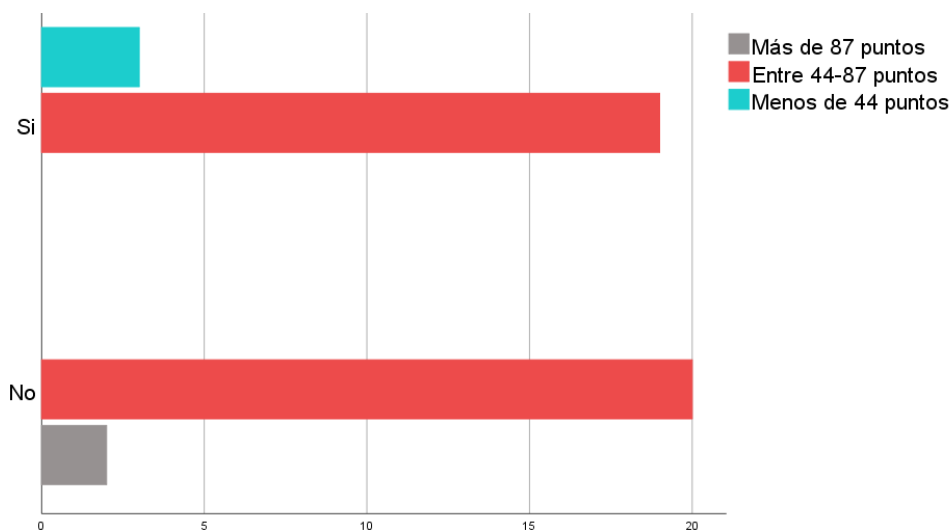


Figura 31. Relación entre “síndrome de burnout” y “tiempo libre”

		SÍNDROME DE BURNOUT		EN RIESGO DE BURNOUT		BAJO RIESGO DE BURNOUT	
		N	%	N	%	N	%
SEXO	Hombre	1	2'27%	11	25%	3	6'82%
	Mujer	1	2'27%	28	63'64%	0	0%
EDAD	Menor de 30 años	0	0%	7	15'91%	0	0%
	Entre 30-50 años	1	2'27%	21	47'73%	1	2'27%
	Mayor de 50 años	1	2'27%	11	25%	2	4'55%
SITUACIÓN CONYUGAL	Casado/a	2	4'55%	18	40'91%	3	6'82%
	Con pareja	0	0%	13	29'55%	0	0%
	Soltero/a	0	0%	8	18'18%	0	0%
	Viudo/a	0	0%	0	0%	0	0%
HIJOS	Ninguno	0	0%	8	18'18%	0	0%
	1 hijo	0	0%	12	27'27%	0	0%
	Más de 1 hijo	2	4'55%	19	43'18%	3	6'82%
LUGAR DE NACIMIENTO	Murcia	1	2'27%	23	52'27%	2	4'55%
	Fuera de Murcia	1	2'27%	16	36'36%	1	2'27%
CATEGORÍA PROFESIONAL	FEA	2	4'55%	33	75%	3	6'82%
	MIR	0	0%	6	13'64%	0	0%
NÚMERO DE HORAS LABORALES	35	1	2'27%	15	34'09%	1	2'27%
	37	0	0%	15	34'09%	2	4'55%
	40	0	0%	6	13'64%	0	0%
	45	1	2'27%	3	6'82%	0	0%
NÚMERO DE GUARDIAS	No realiza	0	0%	4	9'09%	3	6'82%
	3	2	4'55%	9	20'45%	0	0%
	4	0	0%	19	43'18%	0	0%
	5	0	0%	7	15'91%	0	0%
SOBRECARGA DE TRABAJO	No	0	0%	17	38'64%	3	6'82%
	Sí	2	4'55%	22	50%	0	0%
BUEN AMBIENTE DE TRABAJO	No	2	4'55%	24	54'55%	1	2'27%
	Sí	0	0%	15	34'09%	2	4'55%
TIEMPO TRABAJADO	Menos de 5 años	0	0%	7	15'91%	0	0%
	5-15 años	0	0%	12	27'27%	0	0%

	15-25 años	2	4'55%	11	25%	0	0%
	Más de 25 años	0	0%	9	20'45%	3	6'82%
TIEMPO LIBRE	No	2	4'55%	20	45'45%	0	0%
	Sí	0	0%	19	43'18%	3	6'82%

Tabla 2. Relación entre el síndrome de burnout y las diferentes variables sociodemográficas y laborales. Elaboración propia



6. Discusión

Los resultados obtenidos evidencian que un 4'5% de los profesionales encuestados padecen síndrome de burnout, y que un total de 88'6% presentan tendencia al mismo. El resto de los profesionales (6'8%) tienen bajo riesgo de desarrollarlo. Todos estos datos son similares a los obtenidos en la bibliografía consultada.

En cuanto a la distribución de la tendencia de burnout, según las variables sociodemográficas, fue más frecuente en el sexo masculino (6'7%), tal y como se evidencia en otros estudios⁶. Sin embargo, el estudio de Freudneberger¹⁵ muestra que el sexo femenino presenta mayor tendencia a presentar burnout, lo cual no coincide con nuestros datos, aunque existen otros estudios en los que esta asociación no está tan clara. Atendiendo al estado civil, la tendencia a padecer burnout fue más alta en los profesionales casados/as (8'7%). En este sentido, varios estudios^{15,16} demuestran que hay mayor tendencia de síndrome de burnout en aquellas personas que tienen pareja. En el presente estudio se refleja que la tendencia de burnout es mayor en personas casadas que en solteras, pero si analizamos a las personas casadas se alcanzan datos similares tanto en la tendencia de padecer burnout como en el bajo riesgo de desarrollarlo.

En lo referente a la edad, presentan más tendencia a padecer burnout el grupo de edad de mayores de 50 años (7'1%), tal y como se observa en el estudio de Magalhaes⁶.

Por último, queda asociar la situación laboral, en la que el personal con 15-25 años de experiencia es el que tiene más tendencia de burnout (15'4%). De acuerdo a Magalhaes⁶ se encontró que el síndrome de burnout presentó una prevalencia de 64,2% en aquellos profesionales con más de 10 años de experiencia.

Pese a estos resultados, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la presencia de síndrome de burnout y la edad, situación conyugal, hijos, lugar de nacimiento, número de horas laborales semanales, sobrecarga de trabajo, buen ambiente de trabajo y tiempo libre. Asimismo existió una asociación estadística entre burnout y sexo, número de guardias y tiempo trabajado.

Los resultados obtenidos muestran que la dimensión del MBI más afectada fue la de cansancio emocional (52'3%), lo que coincide con algunos estudios¹⁶. Según Cebriá⁷ y su estudio en residentes de Anestesiología, las dimensiones del MBI se afectaban en su mayor puntuación de la siguiente forma: cansancio emocional 42'5%, despersonalización 39'6% y realización personal 37'9%. Estos datos son similares a los de nuestro estudio, siendo la más afectada la dimensión de

cansancio emocional (52'3%), seguida de la despersonalización (40'9%) y de la realización personal (34'1%). Los resultados también encajan con el estudio de Nyssen¹⁷ (que observó que el 40'4% de los anestesiólogos encuestados presentaban un alto de nivel de cansancio emocional; así como con el de Morais¹⁸ (donde se detectó en el 57'9%).

En nuestro estudio destaca la relación de puntuaciones altas de cansancio emocional y despersonalización en relación con la sobrecarga de trabajo, el tiempo trabajado, la edad, el lugar de nacimiento y la situación conyugal (Véase 5.2.1). Parece existir una tendencia positiva a obtener puntuaciones más altas en dichas dimensiones a medida que transcurre la experiencia laboral, así como con los encuestados de menor rango de edad, los que tienen pareja y los nacidos fuera de Murcia. Hay que tener en cuenta que algunos de los encuestados que llevan más de 25 años trabajando no realizan guardias de 24 horas, por lo que podría interpretarse como un falso negativo. En cuanto a la dimensión de realización personal no se objetivaron grandes diferencias remarcables, y destaca que 1/3 de los encuestados se sienten realizados en la práctica diaria de su trabajo. Este dato podría hacernos pensar que se minimizan con ello los posibles efectos secundarios de padecer burnout.

Finalmente, nuestro estudio evidencia que el síndrome de burnout es una realidad en los médicos que se dedican a la especialidad de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Los resultados reafirman la necesidad de crear estrategias de prevención que mejoren las condiciones de trabajo y calidad asistencial. Sin embargo, puesto que el tamaño de la muestra solo es referente a dos hospitales y a 44 profesionales, no se deben extrapolar dichos datos y se debería realizar un estudio de mayor envergadura.

6.1. Tratamiento, prevención y control

Debemos buscar cambios de fondo en la calidad de vida incluyendo cambio de hábitos de alimentación, del sueño, descanso, esparcimiento, satisfacción laboral y oportunidades de mayor participación en el trabajo. Estos objetivos se pueden buscar teniendo como instrumento: calendarios laborales, familiares y sociales equilibrados, junto a las exigencias de adecuada infraestructura, adecuadas protecciones laborales así como tratar de hacer más “humanizado” el ambiente laboral.

“La principal dificultad con el tratamiento del estrés laboral es la resistencia del médico a admitir problemas y aceptar el rol de paciente”. Para lograr disminuir la prevalencia del estrés crónico laboral y sus consecuencias se recomiendan medidas orientadas a disminuir o evitar los factores estresantes. Se considera una Enfermedad Profesional, lo que genera “una responsabilidad compartida”; por tanto la prevención debe realizarse desde una triple perspectiva: Nivel Personal, Nivel de Equipo, Nivel de Organización/Institucional, integrando el concepto de prevención primaria que consiste en disminuir y/o eliminar los factores de estrés, la prevención secundaria que procura la detección precoz de la depresión y ansiedad, y la prevención terciaria que implica la rehabilitación y recuperación de las personas que lo han sufrido².

6.1.1. Sugerencias de tratamiento

1. Tratamiento farmacológico de acuerdo a los síntomas. Ej. antidepresivos, beta-bloqueadores.
2. Psicoterapia como técnicas de relajación, mejora del amor propio, conceptos para tratar el estrés.
3. Reorganización del ambiente de trabajo, organización del trabajo.
4. Cambiar de ambiente de trabajo, combinado con rehabilitación.

En cuanto a las estrategias o habilidades a fomentar, es necesario reconocer que no existe ninguna técnica simple capaz de prevenir o tratar de forma efectiva el burnout, sino que se utilizan modelos de intervención de componentes integrados de forma complementaria con técnicas orientadas al individuo junto a técnicas orientadas al ámbito organizacional⁵.

6.1.2. Estrategias orientadas a nivel individual

Para la reducción de emociones y del estrés se han empleado diversas técnicas, entre las que destacan: técnicas de relajación, el biofeedback, técnicas cognitivas (reestructuración cognitiva), resolución de problemas, entrenamiento de la asertividad, fomentar habilidades de afrontamiento y técnicas de autocontrol dirigidas a las consecuencias conductuales.

6.1.3. Estrategias orientadas a nivel organizacional

Cambios que deberían producirse para reducir este fenómeno:

- Planificar un horario flexible por parte del trabajador (elección de los turnos).
- Fomentar la participación de los trabajadores en la toma de decisiones.
- Mejorar los niveles de calidad del ambiente físico de trabajo.

- Enriquecer los trabajos (autonomía, retroalimentación, variedad de habilidades, identidad de la tarea y significado de la misma).
- Asignación de tareas al grupo, organización y control del trabajo proporcionando retroalimentación adecuada de su ejecución.
- Limitar el número de horas de trabajo, así como el número de pacientes que atender¹⁰.



7. Conclusiones generales

El síndrome de burnout, entre los médicos de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor del Sistema Murciano de Salud, tanto facultativos especialistas adjuntos como médicos residentes, ha presentado en este estudio una prevalencia de un 4'55%. Además, el 88'6% de los encuestados están en riesgo de padecerlo y el 6'8% tienen un riesgo bajo para el mismo.

1. De los 44 cuestionarios respondidos, predominaron los que fueron rellenados por mujeres (65'9%), con una franja etaria de 30-50 años (52'3%), en su mayoría casados/as (52'3%), con más de 1 hijo (54'5%), nacidos en Murcia (59'1%) y con experiencia laboral de 15 a 25 años (29'5%).
2. En cuanto a cómo afectan los factores sociodemográficos en el síndrome de burnout, se ha hallado principalmente en los hombres (6'7%), en la franja de edad de más de 50 años (7'1%), en los/as casados/as (8'7%), con más de un hijo (8'3%), nacidos fuera de la Región de Murcia (5'5%) y con 15-25 años de experiencia laboral (15'4%).
3. Dichos datos demuestran que nuestros encuestados están quemados, estresados y tienen una percepción de su calidad de vida profesional relativamente baja. Es necesario continuar con el análisis reglado y periódico de la situación, y diseñar medidas de soporte y apoyo con el fin de disminuir y evitar su afectación y progresión. Debemos de buscar cambios de fondo en la calidad de vida incluyendo cambio de hábitos de alimentación, del sueño, descanso, esparcimiento, satisfacción laboral y oportunidades de mayor participación en el trabajo.

8. Bibliografía

1. Montero-Marín, J. El síndrome de burnout y sus diferentes manifestaciones clínicas: una propuesta para la intervención. *Anest Analg Reanim.* 2016. 29(1)
2. Calabrese, G. Estrés laboral en el anesestesiólogo. Vol. 70(1):141-148. Simposio 2012
3. Wong, A. V.; Olusanya, O. Burnout and resilience in anaesthesia and intensive care medicine. *Br J Educ.* 2017, 0(0):1-7
4. Agún González, J. J.; Alfonso Mellado, C. L. et al. Algunas consecuencias de los riesgos psicosociales. *Prevención de Riesgos Laborales. Instrumentos de aplicación.* 3ª Edición. Valencia: Tirant Lo Blanch; 2012. p. 1123-1124
5. López-Elizalde, C. Síndrome de burnout. 2004. Vol. 27(1):131-133
6. Magalhaes, E.; Machado de Sousa Oliveira, A. C. et al. Prevalencia del síndrome de Burnout entre los anestesistas del Distrito Federal. *Atención Primaria.* 2015;65(2):104-110
7. Cebriá, A. L.; Turconi, L. et al. Prevalencia y factores asociados al síndrome de burnout en residentes de anestesiología de Uruguay. *An Facultad Med (Univ Repúb Urug).* 2014;1(2):23-30
8. Gupta, N.; Gupta, A. et al. Professional Burnout in Anaesthesia and Critical Care. How to Decrease it. *J Anesth Crit Care.* 2015, 2(3):00056. DOI: 10.15406/jaccoa.2015.02.00056
9. Sanfilippo, F.; Noto, A. et al. Incidence and Factors Associated with Burnout in Anesthesiology: A Systematic Review. *BioMed Research International.* 2017. DOI: 10.1155/2017/8648925
10. Tobie-Gutiérrez, W. A., Nava-López, J. AG. Burnout, su impacto en la residencia médica y en la atención de los pacientes. Vol. 35, Supl. 1, abril-junio 2012, pp S233-S237
11. Fidalgo Vega, M. Nota Técnica de Prevención NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (I): definición y proceso de generación. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. España
12. Fidalgo Vega, M. Nota Técnica de Prevención NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (II): consecuencias, evaluación y prevención. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. España
13. Bresó Esteve, E.; Salanova, M. et al. Nota Técnica de Prevención NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (III): medición. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. España
14. Mirás Carballal, S. Evaluación del síndrome de burnout en un centro de salud. *Rev Enferm CyL.* 2014;6(2):65-73
15. Freudemberger H. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues* 1974; 30(1):159-166

16. Álvarez A M, Arce M L, Barrios A E, Sánchez A R. Síndrome de burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*. 2005. 141:37-30
17. Nyssen AS, Hansez I, Baele P, Lamy M, De Keyser V. Occupational stress and burnout in anaesthesia. *Br J Anaesth*. 2003;90(3):333-337
18. Morais A, Maia P et al. Stress and burnout among Portuguese anaesthesiologist. *EJA*. 2006; 23: 433-439



9. Anexos

ANEXO I (1)



AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

COMISIÓN DE EVALUACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN (CETI)
ÁREA VI-VEGA MEDIA DEL SEGURA DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

I N F O R M A: Que se ha solicitado la autorización para realizar un estudio de investigación en el Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer por parte del investigador **D^a JULIA MULA LEAL. R.2** de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor, cuyo tutor referente en el Área es D^a. M^a Angeles RODRÍGUEZ NAVARRO. F.E.A. de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor. El Título del estudio es **“Evaluación del síndrome de Burnout en los médicos de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor”** y código CETI: 20/19.

Una vez revisada la documentación enviada, se comprueba que se cumplen los siguientes requisitos:

- El protocolo de estudio cuenta con el rigor metodológico adecuado a los objetivos de la investigación.
- Se garantiza la confidencialidad de los datos y custodia de la información. Firma cláusula de confidencialidad.
- Se garantiza la idoneidad de la información al paciente, verificando la hoja de información al paciente y su autorización para participar en el estudio.
- **Debe tener en cuenta las recomendaciones de los evaluadores en Anexo I.**

Por todo lo anteriormente expuesto **informo que el estudio es viable en todos sus términos.** Y para que conste, a los efectos oportunos, se expide este informe que **autoriza a realizar dicha investigación.**

En Murcia a 08 de abril de 2019

Fdo. :
Comisión de Evaluación de
Trabajos de Investigación (CETI)



V^o.B^o. Carmen Martínez Abellán
Directora Gerente

ANEXO I (2)



ANEXO IV

Anexo IV. COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD PARA PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

ÁREA VI.- SERVICIO MURCIANO DE SALUD

A través del Director Gerente del Área VI, se ha AUTORIZADO la realización del estudio titulado "Evaluación del síndrome de Burnout en los médicos de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor", Código: **CETI-20/19**; por parte del Investigador D^a JULIA MULA LEAL. R.2 de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor, cuyo tutor referente en el Área es D^a. M^a Angeles RODRÍGUEZ NAVARRO. F.E.A. de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor

➤ El estudio tiene como objetivos:

- El objetivo general de este trabajo es evaluar la prevalencia del síndrome de burnout en los médicos de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, tanto facultativos especialistas adjuntos como médicos residentes de la misma especialidad. Además, como objetivos específicos tenemos: analizar si existen diferencias dependiendo de los factores sociodemográficos estudiados y cómo éstos influyen, y establecer si proceden las bases para desarrollar un programa de prevención en un futuro.
- Solicita (acceder al contenido de las historias clínicas, realizar una entrevista a los pacientes, etc.).

El abajo firmante hace constar:

- Que se compromete a tratar la documentación, información, resultados y datos relacionados con el estudio conforme a su carácter confidencial y secreto, velando por la circulación restringida de dicha información.
- El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes, se rige por lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, del Parlamento Europeo y del Consejo, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la citada Ley Orgánica 15/1999, y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica.

ANEXO I (3)



- Que los investigadores colaboradores y personal de apoyo velaran igualmente por las cláusulas precedentes.

Murcia, a 08 de Abril de 2019



Fde.: Julia MULA LEAL.

Investigador Principal



ANEXO II



MÁSTER OFICIAL UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Julia Mula Leal

HOJA DE INFORMACIÓN AL VOLUNTARIO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS MÉDICOS DE ANESTESIOLOGÍA,
REANIMACIÓN Y TERAPÉUTICA DEL DOLOR

Yo, _____ (nombre y apellidos)

Con DNI nº _____

DECLARO

Que el/la investigador/a Julia Mula Leal me ha explicado que:

Con motivo de la realización de un Trabajo Fin de Master del máster de Prevención de Riesgos Laborales está realizando este estudio en el que se trata de evaluar el síndrome de burnout en los médicos de la especialidad de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor.

Objetivos del estudio

El objetivo es analizar las variables sociodemográfica que afectan al síndrome de burnout, así como un cuestionario cualificado para ello. Estos datos serán luego analizados mediante un programa estadístico para poder obtener resultados y conclusiones.

Procedimiento del estudio

El estudio se realiza sobre trabajadores en activo en el Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor.

El procedimiento que se me propone consiste en la evaluación del puesto de trabajo, la recogida de datos personales y laborales y la toma de datos para la determinación de las variables que se van a estudiar. Los datos personales que se manejarán serán los sociodemográficos y algunos de los incluidos en mi historia clínica laboral.

Riesgos

La recogida de datos se hará mediante entrevista personal por lo que no comportan ningún riesgo para mí.

Beneficios

No existe ningún beneficio particular ni compensación económica para mí por el hecho de participar en el estudio. No obstante, la información que se obtenga a partir de los resultados del estudio podría ser útil para desarrollar programas de prevención del síndrome de burnout.

Participación

Mi participación en el estudio es totalmente voluntaria. Si así lo decidiera, podría comunicarle a mi médico del trabajo la decisión de retirarme del estudio en cualquier momento sin tener que dar ninguna explicación y sin perjuicio alguno para mí.

Confidencialidad

El acceso a mis datos clínico-laborales se realizará guardando la más estricta confidencialidad de forma que no se viole la intimidad personal. Mis datos y muestras serán objeto de un tratamiento de disociación por el que se genera un código de identificación que impide que se me pueda identificar directa o indirectamente. Mis datos serán tratados de forma anónima en todo el desarrollo de la investigación y posteriormente a la misma. Todos los datos que se recojan y se introduzcan en una base de datos se mantendrán confidenciales. El investigador, cuando procese y trate mis datos tomará las medidas oportunas para protegerlos y evitar el acceso a los mismos de terceros no autorizados. Los resultados que se obtengan de este estudio pueden aparecer en un informe final del mismo o en revistas científicas. Sin embargo mi nombre no aparecerá en ningún informe o publicación. Así mismo, se me ha informado que puedo revocar en cualquier momento el consentimiento para el tratamiento de mis datos personales.

El estudio cumple con los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki (59ª Asamblea Médica Mundial), en el Convenio del Consejo Europeo relativo a los derechos humanos y la biomedicina, así como con los requisitos establecidos en la legislación española en la Ley 14/2007, de 3 de Julio, de investigación biomédica, en la protección de datos de carácter personal y la bioética. No supone ni experimentación clínica con seres humanos, ni el sometimiento a los mismos a agente alguno. Se garantiza el estricto cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos Personales.

Preguntas/Información

Si tengo alguna pregunta con respecto al estudio puedo dirigirme en cualquier momento al responsable del estudio, cuyo teléfono de contacto es 695583089 y la dirección de correo electrónico es juliamulaleal@hotmail.com.

YO ENTIENDO que:

Mi elección es voluntaria, y que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

La información y el presente documento se me han facilitado con suficiente antelación para reflexionar con calma y tomar mi decisión libre y responsablemente.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y en tales condiciones estoy de acuerdo y

OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que el grupo de investigación de la Universidad Miguel Hernández, utilice mis datos y muestras para el estudio, manteniendo siempre mi anonimato y la confidencialidad de mis datos.

En _____, a _____ de _____ de _____ (lugar y fecha)

Firma del participante

Firma del Investigador



Fdo.:

Fdo.: Julia Mula Leal

ANEXO III

Cuestionario sociodemográfico

- 1) Edad
 - Menor de 30 años
 - Entre 30-50 años
 - Mayor de 50 años
- 2) Género
 - Hombre
 - Mujer
- 3) Situación conyugal
 - Casado/a
 - Con pareja
 - Soltero/a
 - Viudo/a
- 4) Hijo/s
 - No
 - 1
 - Más de 1
- 5) Lugar de nacimiento: _____
- 6) Categoría profesional
 - Facultativo Adjunto Especialista de ANR
 - Médico Interno Residente de ANR
- 7) Promedio de horas laborales semanales (sin guardias): _____ horas
- 8) Si realizas guardias, promedio de guardias mensuales: _____ guardias al mes
- 9) Si realizas guardias, ¿las libras al día siguiente?
 - No
 - Sí
- 10) ¿Piensas que tienes una sobrecarga de trabajo?
 - No
 - Sí
- 11) ¿Consideras tener un buen ambiente de trabajo (nivel de ruido, vibraciones, tipo de iluminación, temperatura, disponibilidad de espacio físico...)?
 - No
 - Sí
- 12) ¿Hace cuánto tiempo que trabajas como FEA o MIR? _____ año/s
- 13) Hospital donde trabajas: _____
- 14) ¿Consideras que tienes suficiente tiempo libre como para hacer las actividades que te gustan (ocio, estar con la familia, hacer deporte...)?
 - No
 - Sí

ANEXO IV

Cuestionario Maslach Inventory

Conteste las siguientes premisas de 0 a 6

- | | |
|--------------------------|-------------------------------|
| 0: Nunca | 4: Una vez a la semana |
| 1: Pocas veces al año | 5: Más de una vez a la semana |
| 2: Una vez al mes | 6: Todos los días |
| 3: Más de una vez al mes | |

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

