

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ
MÁSTER UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS
LABORALES
CURSO 2019/2020



**Evaluación del síndrome de *burnout* en los
residentes de Cirugía General del Hospital
Universitario Virgen de la Arrixaca**

Álvaro Navarro Barrios

Director: Julián Vitaller Burillo

Junio de 2020





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

D. Julián Vitaller Burillo, Tutor/a del Trabajo Fin de Máster, titulado *'Evaluación del síndrome de burnout en los residentes de Cirugía General del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.'* y realizado por el estudiante ÁLVARO NAVARRO BARRIOS.

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

Fecha de la autorización: 05 de junio del 2020



Fdo.: Julián Vitaller Burillo
Tutor/a TFM



MASTER UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
Campus de Sant Joan - Carretera Alicante-Valencia Km. 87
03550 San Juan (Alicante) ESPAÑA Tfno: 963919525
E-mail: mastepr@umh.es

Resumen

La residencia de Cirugía General y del Aparato Digestivo (CGAD) es una etapa de aprendizaje constante que supone un nivel elevado de estrés laboral. El síndrome de *burnout* y el *mobbing* son un problema de salud muy prevalente que puede afectar a este personal sanitario en formación.

El objetivo de este trabajo fue investigar la prevalencia del síndrome de *burnout* entre los residentes de CGAD de un hospital de tercer nivel de Murcia, así evaluar posibles factores asociados a su desarrollo.

Se realizó una encuesta voluntaria y anónima vía telemática y incluyendo preguntas del Maslach *Burnout Inventory* y del cuestionario de Leymann para la evaluación de la presencia del síndrome, así como una serie de preguntas sobre datos sociodemográficos y laborales.

Del total de individuos evaluados, un 17,4% han obtenido un diagnóstico de síndrome de *burnout*, estando un 82,6% en riesgo de padecerlo, datos comparables con los resultados de encuestas similares realizadas a nivel nacional y norteamericano. Ni el nivel de responsabilidad del residente en su servicio ni el lugar en el que se realiza la residencia se relacionaron con el desarrollo del síndrome de *burnout* en los individuos encuestados.

Palabras clave

Estrés laboral, síndrome de *burnout*, *mobbing*, Cirugía General y del Aparato Digestivo, residencia.

Índice

1. JUSTIFICACIÓN.....	- 6 -
2. INTRODUCCIÓN	- 8 -
2.1. Síndrome de <i>burnout</i> y <i>Mobbing</i> . Definición y epidemiología.	- 8 -
2.2. Etiología y factores de riesgo	- 14 -
2.2.1. Características personales.....	- 14 -
2.2.2. Características del puesto y el ambiente de trabajo:.....	- 15 -
2.2.3. Características sociodemográficas	- 17 -
2.3. Patogenia del síndrome de <i>burnout</i>	- 18 -
2.4. <i>Mobbing</i> y <i>burnout</i> entre residentes de CGAD.....	- 19 -
3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	- 22 -
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	- 23 -
4.1 Recogida de datos	- 23 -
4.2. Método.....	- 25 -
4.3. Tamaño de la muestra estudiada	- 28 -
4.4. Variables del estudio	- 28 -
4.4.1. Criterios de inclusión al estudio	- 29 -
4.4.2. Criterios de exclusión del estudio	- 29 -
4.5. Cronograma del estudio.....	- 29 -
4.6. Confidencialidad de los datos y memoria económica.....	- 29 -
4.7. Análisis estadístico.....	- 30 -
5. RESULTADOS.....	- 31 -
5.1. Variables sociodemográficas.....	- 31 -
5.2. Análisis de Maslach <i>Burnout</i> Inventory (MBI).....	- 37 -
5.3. Análisis del <i>Leymann Inventory of Psychological Terrorization</i> Modificado (LIPT-60).....	- 37 -

5.4. Estudio comparativo en función del hospital donde se realiza la residencia	- 38 -
5.5. Estudio comparativo en función del papel del residente en su servicio.....	- 40 -
6. DISCUSIÓN.....	- 42 -
7. CONCLUSIONES	- 45 -
8. BIBLIOGRAFÍA	- 46 -
9. ANEXOS.....	- 48 -
9.1. Anexo I.....	- 48 -
9.2. Anexo II.....	- 49 -
9.3. Anexo III.....	- 50 -



1. JUSTIFICACIÓN

Las crecientes exigencias que genera el trabajo sobre el trabajador, el desajuste entre las demandas y las posibilidades de rendimiento de cada individuo, entre otros factores; son las responsables del auge de nuevos riesgos psicosociales, entre ellos el síndrome de *Burnout* (SB) o síndrome de “quemarse en el trabajo” (SQT) por su traducción literal del inglés, caracterizado por la aparición de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización en el trabajo. Su prevalencia ha aumentado en la última década, llegando a convertirse en un importante problema sociolaboral y de salud pública que conlleva, por tanto, un gran coste para las empresas e instituciones.

Se ha descrito una mayor incidencia en aquellos profesionales jóvenes, que se implican en su trabajo en exceso y en aquellas “profesiones de ayuda”, en las cuales es común el enfrentamiento con emociones intensas de dolor o enfermedad y/o sufrimiento psíquico. Es por esto por lo que se da con mucha frecuencia en la profesión sociosanitaria, especialmente en los primeros años de experiencia laboral, esto es, en los años de residencia. Este hecho, puede perjudicar al residente en su objetivo final, que es su formación como profesional especialista.

En el caso concreto de la residencia de Cirugía General y del Aparato Digestivo (CGAD), el estrés laboral puede relacionarse con numerosos aspectos que se asocian a su formación. Entre estos, encontramos la elevada carga de trabajo, elevado nivel de responsabilidad y competitividad, todo ello asociado a situaciones en las que es frecuente encontrarse ante situaciones para las cuales no han sido preparados durante la formación teórica.

Debido a la importancia que tiene la salud psicológica de los residentes en formación, existen numerosas publicaciones que analizan dicha situación en los residentes de CGAD. Entre ellos, se han reportado elevadas tasas de síndrome de *burnout*. Según una revisión reciente publicada en *New England Journal of Medicine*¹, el 38,5% de residentes de CGAD presentó síntomas relacionados con el *burnout* al menos una vez por semana. En esta misma revisión, relacionan los síntomas de *burnout* con el acoso laboral (*mobbing*) o con el sentimiento de amenaza por parte de sus superiores. En concreto *el mobbing* se relacionaba con el *burnout* con una *odds ratio* de 2,94 (IC95% 2,58-3,36). En otro estudio similar basado en una encuesta nacional realizada por la Asociación Española de Cirujanos², se obtuvieron unas tasas del 47,6% de síntomas relacionados con el *burnout* y un 4,6% de los encuestados había presentado ideas suicidas.

Este trabajo pretende comparar los resultados de publicados a nivel nacional e internacional con los obtenidos entre los residentes de CGAD de un hospital de tercer nivel mediante la realización de encuestas anónimas para valorar el nivel de estrés asociado al trabajo y la existencia de mobbing entre los residentes de dicho hospital, relacionando todo ello con otros factores sociodemográficos.

El objetivo de este trabajo es valorar la situación actual de los residentes de este servicio, los factores relacionados con el desarrollo de SB y, si procede; elaborar un programa de mejora para disminuir en lo posible la aparición de dichos síntomas, mediante el uso de modelos de intervención integrados en el servicio.



2. INTRODUCCIÓN

2.1. Síndrome de *burnout* y *Mobbing*. Definición y epidemiología.

El concepto de estrés se refiere a aquella tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves. De acuerdo con la definición de la OMS, estrés se refiere a “el conjunto de reacciones fisiológicas, que preparan al organismo para la acción”. En cualquier caso, se trata de uno de los desórdenes más comunes en la sociedad actual, siendo catalogado como “la epidemia del siglo XXI”, según la Organización Internacional del Trabajo.

El término estrés puede ser entendido como el desequilibrio percibido entre las demandas del medio y la capacidad de respuesta del individuo bajo condiciones donde el fracaso en hacer frente a las demandas tiene consecuencias negativas percibidas importantes. La sensación de estrés de una persona arranca por la existencia de una serie de desencadenantes o estresores. En el contexto laboral los estresores también son denominados riesgos psicosociales³⁻⁵.

El estrés laboral hace referencia a “un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y de angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación”⁶.

Como en las demás variantes de estrés, el estrés laboral se caracteriza por tratarse de un proceso que se inicia con la percepción de una amenaza o riesgo a la que le sigue una respuesta de ansiedad. En el contexto laboral, esa percepción de amenaza o riesgo es lo que se ajusta al concepto de riesgo psicosocial. El estrés es, por tanto, un concepto más amplio que el de riesgo, pues incluye también las estrategias de afrontamiento que utiliza el individuo para manejar la situación de riesgo, las respuestas fisiológicas, psicológicas y conductuales que ocasiona en el organismo la situación de riesgo, y las consecuencias que estas respuestas tienen para el individuo y para la organización (*Figura 1*).



Figura 1. Tomada del libro Agún González JJ; Alfonso Mellado CL; Barba Morán MC; et al. *Prevención de Riesgos Laborales. Instrumentos de aplicación*. 3ª Edición. Valencia: Tirant Lo Blanch; 2012. *Consecuencias del estrés laboral y de los riesgos psicosociales a nivel individual y organizacional*.

Como consecuencia del estrés laboral mantenido en el tiempo aparece el “*burnout*”. Este término prestado de la industria aeronáutica hace referencia al agotamiento de combustible de un cohete, consecuencia de su sobrecalentamiento. Se denomina síndrome de *burnout* a la respuesta al estrés laboral crónico que suele desarrollarse con mayor frecuencia en personas en las que el objeto de su profesión es la atención de otras personas⁷.

El síndrome de *burnout* (SB), también conocido como síndrome de quemarse por el trabajo (SQT), se describe a mediados de la década de los setenta como un fenómeno vinculado al incremento de los riesgos psicosociales. El concepto fue introducido en 1974 por Freudenberg, un psiquiatra que analizó a trabajadores voluntarios que ayudaban a toxicómanos de la ciudad de Nueva York. Estos, tras un tiempo en su puesto de trabajo, sufrían una pérdida progresiva de energía, que terminaba en el agotamiento y la desmotivación por su trabajo. Describió que, con el tiempo, estas personas se volvían insensibles, menos comprensivas y más agresivas en su relación con los pacientes e incluso les daban un trato más cínico y distante. Con todo ello, creó el concepto de síndrome de *burnout* como aquella sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, que surge especialmente en aquellos que se dedican a profesiones de servicios como consecuencia del contacto diario con su trabajo⁸.

En 1976, Maslach⁹ lo definió como una situación de sobrecarga emocional entre profesionales que después de años de dedicación terminan «quemándose» y lo estructuró en tres dimensiones:

1. Agotamiento emocional: entendido como el desgaste de recursos emocionales. Se trata de una respuesta de los trabajadores al sentir que han llegado a su tope a la hora de entregarse a nivel afectivo. Esto es debido al continuo contacto con personas que necesitan de su atención en unas condiciones no aptas para que esta atención sea realizada por el trabajador. Aparecen entonces sentimientos de estar agotado y sobrepasado. El trabajador levanta ya cansado ante la nueva jornada laboral que se le plantea.

2. Despersonalización o deshumanización: se refiere al cambio negativo de la actitud del trabajador que lo lleva a adoptar una posición defensiva, como de distanciamiento frente a los problemas. Además, se desarrollan sentimientos y actitudes negativos, insensibles y cínicos hacia los pacientes.

3. Falta de realización profesional: debido a la cual empiezan a aparecer respuestas negativas hacia el trabajo y hacia ellos mismos, todo ello acompañado de baja autoestima y fuerte insatisfacción. Se crea una tendencia a autoevaluarse negativamente y que afecta al trabajador, a la forma en que realiza el trabajo y a la relación con los pacientes que atiende. Los trabajadores, cuando aparecen estos síntomas, carecen de sentimientos de éxito o competencia en el trabajo y presentan sentimientos de baja autoestima e indefensión.

En el SB pueden aparecer, además, alteraciones de conducta y síntomas físicos como malestar general, cansancio, y conductas adictivas, que deterioran la calidad de vida del individuo. Estos se producen por una inadecuada adaptación al trabajo, que ocasiona un menor rendimiento laboral y sensación de escasa realización personal, de insuficiencia e ineficacia laboral y desmotivación, entre otros. En ocasiones, estos síntomas se pueden acompañar de otros síntomas psiquiátricos como sentimientos de culpa¹⁰.

A pesar de que no hay una única definición del SB, unánimemente aceptada, parece existir consenso en que se trata de una respuesta al estrés laboral crónico, que ocasiona una experiencia subjetiva en el trabajador que produce sentimientos y actitudes con implicaciones nocivas para la persona y la organización y generalmente se produce en el marco laboral de

las profesiones que centran su actividad en la prestación de servicios y atención al público: médicos, enfermeras, profesores, psicólogos, trabajadores sociales, vendedores, policías, cuidadores, etc.

A diferencia de otras afecciones de carácter somático, el SB no presenta unos criterios diagnósticos de aplicación sencilla. Es por ello por lo que, para alcanzar su diagnóstico se requiere comprender los síntomas y signos en su realidad contextual para poder realizar una intervención eficaz. El desarrollo del SB se compone de una serie de fases que se inician con un deterioro cognitivo (caracterizado por la pérdida de la ilusión por el trabajo, bajo nivel de realización personal en el trabajo) y emocional (desgaste o agotamiento emocional) del individuo, y posteriormente aparece el cambio de actitud hacia los clientes de la organización (siendo características la indolencia y la despersonalización), que funcionan objeto de descarga o “*punching ball*” frente a la experiencia personal de deterioro emocional y cognitivo. Estas actitudes negativas hacia los usuarios no aparecen en las etapas iniciales del afrontamiento debido probablemente a motivos éticos de carácter social o relacionados con el contenido del rol profesional.

Pese a que no existe una definición unánime, actualmente la definición más extendida es la propuesta por Maslach y Jackson¹¹ en 1986, en la que se define SB como un síndrome constituido por 3 dimensiones: agotamiento emocional, deshumanización y baja satisfacción personal en el trabajo.

- La dimensión del agotamiento emocional se fundamenta en una sensación subjetiva de decaimiento o cansancio físico y emocional.
- 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. Esa dimensión es considerada como un mecanismo de defensa ante el síndrome.
- La satisfacción personal en el trabajo y en la vida del trabajador disminuye y, consecuentemente, el individuo comienza a perder la eficiencia y el entusiasmo en el trabajo. Existe también un sentimiento de decaimiento del estado del ánimo, por el cual el trabajo pierde sentido y pasa a ser una carga¹¹.

Según este modelo propuesto por Maslach, el cansancio emocional no alcanza por sí mismo para definir la presencia de SB, siendo preciso para su diagnóstico la concurrencia de las otras dos dimensiones¹³.

Conviene diferenciar el estrés laboral del síndrome de *burnout*, la principal diferencia que se da entre ellos es que el primero de ellos es una reacción del individuo a los riesgos psicosociales que se dan en el ámbito laboral y la segunda una respuesta anómala a dicho estrés cuando está presente de forma mantenida¹⁴.

Estrés Laboral	Síndrome de <i>Burnout</i>
Sobreimplicación en los problemas	Falta de implicación
Hiperactividad emocional	Embotamiento emocional
Daño fisiológico como sustrato primario	Daño emocional como sustrato primario
Agotamiento o falta de energía física	Agotamiento, afectación de la motivación y de la energía psíquica
La depresión puede entenderse como reacción a preservar las energías físicas	La depresión en <i>Burnout</i> es como la pérdida de ideales de referencia y tristeza
Puede tener efectos positivos	Siempre son efectos negativos
Sólo se genera con carga de trabajo cuantitativa	Deben darse más factores, aparte de la carga cuantitativa de trabajo
No precisa una motivación previa del trabajador ni altas expectativas	Exige motivación previa, ilusión y altas expectativas
El trabajador se repone tras un descanso	No se repone tras descanso ni vacaciones

Tabla 1. Diagnóstico diferencial entre estrés laboral y síndrome de burnout.

Por otro lado, el término *mobbing* (acoso en manada), acoso psicológico o psicoterror laboral se define como aquella “situación en la que una persona o un grupo de personas ejercen una violencia psicológica extrema, de forma sistemática (al menos, una vez por semana), durante un tiempo prolongado (más de 6 meses), sobre otra persona en el lugar de trabajo”. Éste se da en los casos en los que un trabajador percibe que es el objetivo de acciones negativas de otro u otros trabajadores de forma sistemática, generándose una situación en la cual es difícil defenderse. El objetivo final del acosador será quebrar el estado psicológico de otro compañero al que perciben como vulnerable y someterlo a su patrón de conducta o provocar su abandono del puesto de trabajo. Aunque el ataque psicológico puede provenir de un supervisor (*bossing*) o de trabajadores a su cargo (*mobbing* vertical ascendente), lo más frecuente es que produzca entre compañeros del mismo rango (*mobbing* horizontal)³.

Por tanto, el *mobbing* se considera un riesgo psicosocial que condiciona una forma de estrés en el trabajo, que se origina en las relaciones interpersonales de los miembros de una organización. Las acciones de *mobbing* se pueden categorizar en cinco grupos: acciones

dirigidas a manipular la comunicación o la información con la persona afectada, acciones dirigidas a bloquear los contactos sociales de la víctima, acciones contra la reputación o la dignidad personal del afectado, acciones contra el ejercicio de su trabajo, y acciones que comprometen su salud física y psíquica. El *mobbing* va a tener consecuencias negativas sobre el individuo (ansiedad, sentimientos de fracaso, manifestaciones psicósomáticas, aislamiento, etc.), y sobre la organización debido a la disminución de la cantidad y calidad del trabajo desarrollado por la persona afectada.

Según Heinz Leymann¹⁵, profesor alemán y pionero en el estudio del *mobbing* en los 80, el *mobbing* o terror psicológico, es una “situación en la que un trabajador ejerce una violencia psicológica extrema, de forma recurrente y sistemática y durante un periodo prolongado sobre otro u otros con la finalidad única de destruir las redes de comunicación de la víctima o víctimas y su reputación, así como perturbar el ejercicio de sus labores y lograr que esa persona o personas acaben abandonando el lugar de trabajo”.

Más tarde, en 2001, Piñuel y Zabala¹⁶ definen el *mobbing* como el “continuo maltrato modal y verbal que recibe un trabajador por parte de uno u otros, que se comportan cruelmente con él con vistas a lograr su destrucción psicológica o aniquilación y su salida de la organización a través de diferentes procedimientos”.

Tanto el *burnout* como el *mobbing* no están incluidos en el cuadro de enfermedades profesionales, pero deben notificarse mediante un fundamentado informe clínico-laboral. Su existencia sí que se calificará como accidente de trabajo en base al artículo 115-2e de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS): La enfermedad contraída en el trabajo, pero no tipificada como enfermedad profesional por el artículo 116 de la LGSS y el Real Decreto 1299/2006, si se prueba que tuvo por causa exclusiva el ambiente laboral del individuo.

En la 6ª edición de la Encuesta Nacional sobre las condiciones de trabajo¹⁷, se preguntó a trabajadores de toda índole con qué frecuencia estrés en el trabajo. Aunque la respuesta más contestada fue “a veces”, en el 36% de los individuos, se observó que hasta un 30% afirmó sufrir estrés “siempre” o “casi siempre”. Este último porcentaje se ha incrementado con respecto al de la misma encuesta realizada 2010, donde la prevalencia de trabajadores que padecían estrés “siempre” o “casi siempre” fue de un 23%. La proporción de trabajadores que “siempre” o “casi siempre” experimentan estrés es homogénea en ambos sexos y en los diferentes rangos de edad, no observándose diferencias significativas. Se observan diferencias al analizar la presencia de estrés en función del trabajo realizado, donde

la percepción de este nivel de estrés es mayor entre los profesionales que prestan asistencia directa a otros individuos, como las profesiones sociosanitarias (34%).

2.2. Etiología y factores de riesgo

El SB es un proceso multicausal y altamente complejo en su desarrollo. No se describen causas directas del mismo, sino que existen una serie de factores que favorecen su aparición. Entre ellos encontraremos factores personales, factores relacionados con el puesto de trabajo y factores sociodemográficos.

2.2.1. Características personales

- El deseo de destacar y obtener resultados brillantes
- Un alto grado de autoexigencia y ambición.
- Baja tolerancia al fracaso.
- Perfeccionismo extremo.
- Necesidad de controlar la situación de forma continua.
- Sentimiento de ser indispensable en el trabajo.
- Alexitimia: incapacidad para identificar las emociones propias y expresarlas.
- Individuos competitivos con los que es difícil formar un grupo de trabajo.
- Sobreimplicación en el trabajo
- Escasez de intereses y relaciones personales fuera del lugar de trabajo.
- Alto nivel de idealismo y sensibilidad.

Además de lo anteriormente expuesto, el desarrollo de SB se acentúa si:

- El individuo no comparte las ideas, las metas o los valores del grupo de trabajo o la empresa.
- El individuo presenta dificultades para solicitar ayuda a los compañeros o trabajar en equipo.
- El individuo experimenta sentimientos de miedo o culpa cuando no ha cumplido algo que debería haber hecho.

- El individuo no es capaz de compartir sus miedos o preocupaciones sobre su vida laboral con sus allegados.
- El individuo no tiene una preparación adecuada para enfrentar las expectativas organizacionales con relación al trabajo.
- El individuo no es capaz de encontrar otro empleo cuando tiene intención cambiarlo.
- El individuo no descansa lo suficiente cuando está cansado.
- El individuo presenta además de problemas laborales, otros problemas socioeconómicos.

2.2.2. Características del puesto y el ambiente de trabajo:

- **La implicación de la empresa y el ambiente en el puesto de trabajo.** La empresa es la responsable de la formación del empleado, así como de crear un organigrama adecuado para que no surjan conflictos, especificar horarios, turnos de vacaciones, crear un ambiente de trabajo en equipo favorable, etc. Por ello se dice que la empresa debe funcionar como sostén de los empleados y no únicamente generar presión. La principal fuente de estrés en el trabajo será un ambiente de trabajo tenso. Esto ocurre, sobre todo, cuando el modelo laboral es muy autoritario, por lo que no existe oportunidad de intervenir en las decisiones.
- **El horario y los turnos de trabajo.** El trabajo nocturno y el trabajo por turnos puede facilitar la presencia del síndrome, debido a las influencias emocionales y biológicas por la alteración del ciclo sueño-vigilia, de los ritmos cardíacos, del ritmo de excreción de adrenalina y de los patrones de temperatura corporal.
- **La estabilidad y seguridad en el puesto de trabajo.** La incertidumbre en el trabajo puede afectar en el desarrollo del síndrome sobre todo a los grupos de alto riesgo de desempleo (jóvenes, mujeres, personas de más de 45 años) o en situación de crisis sociolaboral generalizada.
- **La antigüedad en el puesto de trabajo.** No existe consenso sobre la influencia de esta variable, pero se han encontrado dos picos de incidencia en dos períodos, que corresponden con los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia.
- **La escasez de progreso o el progreso excesivo.** Tanto el progreso excesivo como el escaso, así como los cambios no deseados e imprevistos son fuente de SB. El grado en que un cambio resulta estresante depende del momento en que se presenta, de su

magnitud y del nivel de incongruencia con respecto a las expectativas creadas por el trabajador.

- **La incorporación de nuevas tecnologías en la empresa.** La incorporación de nuevas tecnologías puede producir cambios fundamentales la forma de llevar a cabo el trabajo, entre ellos, cambios en la supervisión, en los sistemas de trabajo y en las estructuras y formas organizativas. Las demandas generadas por las nuevas tecnologías sobre los trabajadores pueden producir estrés en forma de: incremento de control y monitorización del desempeño, la necesidad de capacitación, aspectos relacionados con la seguridad, reducción de la interacción psicosocial directa miedo a ser desincorporado, posibilidades de aislamiento en el puesto de trabajo, así como los cambios de roles en el sistema organizacional.
- **La estructura y el clima del puesto de trabajo.** Cuanto más centralizada y compleja sea la organización en la toma de decisiones, cuanto mayor es el nivel jerárquico del individuo y cuantos mayores sean los requerimientos de formalización de operaciones y procedimientos, mayor será la posibilidad de que se presente el SB.
- **Oportunidad para el control.** El grado en que un ambiente laboral permite al individuo controlar su actividad laboral puede producir equilibrio psicológico o degenerar en SB.
- **Retroalimentación sobre el trabajo realizado.** Es el grado en que la realización de las actividades requeridas por el puesto proporciona a la persona información clara y directa sobre la eficacia de su desempeño. Los trabajadores que reciben este tipo de información presentan un mayor nivel de satisfacción y de motivación intrínseca, y niveles más bajos de agotamiento emocional que aquellos que no reciben este tipo de información.
- **Las relaciones interpersonales favorables.** Los ambientes de trabajo que promueven la buena relación entre los trabajadores serán más beneficiosos que aquellos que lo impiden o lo dificultan. De hecho, las oportunidades de relación con otros en el trabajo es una variable que se relaciona favorablemente con el nivel de satisfacción percibida por los trabajadores. Sin embargo, no siempre las relaciones interpersonales en el trabajo resultarán positivas, siendo en ocasiones la principal fuente de SB, sobre todo cuando son relaciones que se basan en la desconfianza, sin apoyo, poco cooperativas y destructivas lo que produce elevados niveles de tensión entre los miembros de la empresa o centro de trabajo.
- **El salario bajo.** El nivel de retribución con relación al trabajo realizado ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de SB en los trabajadores, sin embargo, no existe evidencia de que una retribución baja se asocie al desarrollo del SB.

- **La estrategia empresarial.** En las empresas con una estrategia de minimización de costes en las que se reduce personal ampliando las funciones y responsabilidades de los trabajadores; en las que no se hacen inversiones en equipo y material de trabajo para que el personal desarrolle adecuadamente sus funciones, en las que no gastan en capacitación y desarrollo de personal, en las que limitan los descansos, etc.

2.2.3. Características sociodemográficas

- **La edad.** Aunque parece no 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, apreciándose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni esperada, por lo tanto cuanto más joven es el trabajador mayor incidencia de *burnout* hallaremos.
- **El género.** En la literatura consultada existe discrepancia sobre la prevalencia entre sexos, siendo en algunos trabajos mayor en mujeres. Sin embargo, parece que más que el género es el tipo de enlace afectivo que puede desarrollarse en el ambiente laboral y familiar lo que influye en el desarrollo del SB.
- **El estado civil.** Aunque se ha asociado el SB más con las personas que no tienen pareja estable, no existe 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. Además, la presencia de hijos en la familia puede ayudar a que estas personas sean más resistentes al síndrome, debido a la tendencia de los padres y madres de familia, a ser personas más estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar conflictos emocionales.
- **La concurrencia de cambios significativos de la vida** como muerte de familiares, divorcio, nacimiento de hijos, etc. pueden favorecer al desarrollo del SB.

Se han descrito una serie de factores estresantes que son los desencadenantes que se relacionan directamente con la aparición del síndrome que son:

1. La ausencia de percepción de capacidad para el desarrollo del trabajo.
2. El exceso de trabajo realizado, la sensación de falta de energía y de recursos personales para responder a las demandas laborales.
3. La falta de justicia organizacional o equidad en el trabajo.
4. La ambigüedad del rol y la incertidumbre generada por la falta de información sobre aspectos importantes relacionados con su trabajo (evaluación, funciones, objetivos o metas, procedimientos, etc.)
5. El conflicto de rol y la incompatibilidad entre las tareas y conductas que se desarrollan con las expectativas existentes sobre el mismo rol.
6. Las relaciones problemáticas con otros compañeros o superiores y con los usuarios/clientes de la organización.
7. Los impedimentos que se encuentra el trabajador para poder desarrollar su trabajo.
8. La imposibilidad del trabajador de poder progresar en su carrera profesional.
9. La escasa participación del trabajador en la toma de decisiones.
10. Las relaciones conflictivas con el resto de sus compañeros de trabajo.

2.3. Patogenia del síndrome de *burnout*

En cuanto al modelo de desarrollo del síndrome de *burnout*, son muchos los autores que afirman que ocurre de forma escalonada en cinco fases bien definidas^{14,18}, sin embargo, pueden no darse todas ellas, observándose en algunos individuos un desgaste moderado y temporal que se resuelve sin pasar por todas ellas. Las cinco fases mencionadas son:

1. **Entusiasmo:** al incorporarse a un nuevo puesto de trabajo, el trabajador puede experimentar una fase de entusiasmo en relación con unas expectativas creadas respecto al nuevo trabajo.
2. **Estancamiento:** se debe al incumplimiento de las expectativas profesionales iniciales. Aparece cuando ocurre un desequilibrio entre los recursos del trabajador y las demandas del trabajo, por lo que no se siente capaz de realizar su trabajo eficazmente. Además, comienzan a valorarse aspectos negativos del trabajo, planteándose si merece la pena el esfuerzo realizado.
3. **Frustración:** en esta fase el trabajador empieza a pensar que el esfuerzo no merece la pena, se muestra irritado ante el mínimo estímulo. Por ello, aparecen conflictos laborales

asociados a sensación de frustración, desilusión y desmoralización. A todo esto, puede sumarse el inicio de problemas salud a nivel psicológico y físico.

4. **Apatía:** en esta fase aparecen cambios en la conducta del trabajador y la actitud hacia el trabajo. El individuo comienza a tratar a los pacientes o usuarios de forma fría y distante, iniciándose un mecanismo de afrontamiento de la situación predominantemente defensivo-evitativo.
5. **Quemado:** Es la fase final del SB. El trabajador experimenta un colapso emocional y cognitivo, aparecen consecuencias graves a nivel de la salud psicológica y física del trabajador. El trabajador experimenta una grave insatisfacción laboral que, en ocasiones, puede llevarlo a dejar el trabajo.

2.4. Mobbing y burnout entre residentes de CGAD.

La aparición de estrés laboral tiene una especial importancia en el entorno sociosanitario puesto que tiene consecuencias en la calidad de la atención al paciente y la capacidad de trabajo del médico, ya que los médicos que están “quemados” tienen más posibilidades de incurrir en errores médicos, reducir su esfuerzo laboral, abandonar su puesto de trabajo o incluso dejar de ejercer como médicos^{19,20}. Además, se ha relacionado con un aumento de las tasas de alcoholismo, depresión y suicidio entre los trabajadores de la salud^{21,22}.

Los profesionales de salud se enfrentan constantemente a una tarea compleja en la que influyen diversas circunstancias, entre ellas podemos señalar los estresores específicos de la profesión que suponen una alta implicación emocional y los relacionados con la organización del trabajo^{23,24}. Es por ello por lo que el agotamiento entre los médicos es común y se ha descrito con una prevalencia elevada (del 30% al 78%)²⁵.

En el caso de la residencia de CGAD se han reportado tasas de prevalencia elevadas. En una publicación reciente¹ los síntomas relacionados con el SB aparecen en un 38,5% de los residentes al menos una vez a la semana, siendo algo mayor en mujeres residentes (42,4% frente a 35,9% en varones) aunque sin diferencias significativas. Además, un 30,2% de los residentes refiere ser víctima de abuso emocional o verbal (33% en mujeres y 28,3%

en varones), sobre todo por parte de otros cirujanos adjuntos (52,4%) u otros residentes (20,2%).

En España², en un estudio similar realizado en residentes de CGAD de todo el país se obtuvo una tasa de síntomas de desgaste del 47,6% durante el periodo de residencia, presentando un 4,6% de los encuestados ideas de suicidio. Un 98% de los residentes de CGAD en España sobrepasan su jornada laboral sin recibir ninguna retribución a cambio y el 47% no libra sus guardias, lo cual supone un menoscabo en su formación como cirujanos. Además, en esta encuesta se objetivó que las conductas de abuso y maltrato de cualquier índole son más frecuentes en nuestro país que en Estados Unidos, exceptuando la discriminación por raza.

Esto es debido a las características del periodo formativo de la residencia de CGAD en nuestro país. Se trata de un periodo de importantes cambios y que requiere la adaptación a un medio que es nuevo para el médico en formación, este es, el medio laboral hospitalario.

Entre los estresores a los que están sometidos los residentes de CGAD encontramos, además de los descritos anteriormente:

- Alto nivel de responsabilidad: el residente pasa de tener contacto con libros y apuntes a tener en sus manos la salud de las personas.
- Relacionado con lo anterior, el residente presenta un elevado nivel de estimulación aversiva: se enfrenta constantemente al sufrimiento y a la muerte del paciente, así como dolor por la pérdida de un ser querido que padecen los familiares y allegados.
- Entrega en exceso al trabajo: la profesión médica en general es una profesión muy vocacional y que requiere de un alto nivel de implicación. En el caso de la residencia de CGAD, la preocupación por el paciente se entiende como algo personal y se extiende a los fines de semana y otros periodos de descanso.
- Debido a lo anterior, se produce la extensión de la jornada de trabajo por encima de las 40 horas semanales, sin retribución a cambio.
- Dificultad técnica de las intervenciones que hace que sean necesarias muchas “horas de vuelo” a aprender a operar.
- Contacto continuo con enfermos que exigen de la implicación del residente 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 con respecto a sus capacidades.
- Escasez de formación práctica y exceso de formación teórica.
- Asociado a lo anterior, el residente de CGAD presenta una escasa formación en habilidades sociales y de autocontrol de las emociones.
- Horario de trabajo no definido e irregular con quirófanos que se alargan hasta la tarde o la noche.
- Guardias de presencia física que duran 24 horas y que no se libran al día siguiente por lo que el residente puede tener turno de trabajo de 30 a 36 horas 5 veces al mes.
- Estas jornadas extenuantes provocan privación de sueño, que deteriora el rendimiento laboral, provoca trastornos del carácter e incrementa la probabilidad de errores médicos.
- Conflicto de rol y ambigüedad de rol, con un nivel alto de expectativas antes de iniciar la residencia en cuanto al servicio que pensaban que iban a ofrecer y el que encuentran que realizan al llegar a su puesto de trabajo.
- Jerarquía extrema que hace que el “residente mayor” tenga voz sobre el “residente pequeño”. Por otro lado, el “residente mayor” presenta una gran responsabilidad en el aprendizaje del “residente pequeño”.
- Exceso de burocracia y trámites intrahospitalarios para lo que no ha sido preparado.
- Competitividad con el resto de los compañeros: de forma innata el residente intenta no quedarse atrás con respecto al resto de sus compañeros en cuanto a habilidades técnicas adquiridas.
- Debido a la competitividad de la residencia, puede observarse falta de cohesión con el resto de sus compañeros y con en el equipo multidisciplinar.

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

La residencia de CGAD es un periodo especialmente estresante para dicho personal sanitario en formación, lo que puede asociarse con una elevada incidencia de síntomas de SB.

El objetivo principal de este trabajo es analizar la incidencia de SB entre los residentes de CGAD y estudiar cómo éste puede modificarse a lo largo de la residencia, esto es, valorar su incidencia entre residentes mayores y entre residentes pequeños.

Como objetivos secundarios se plantean:

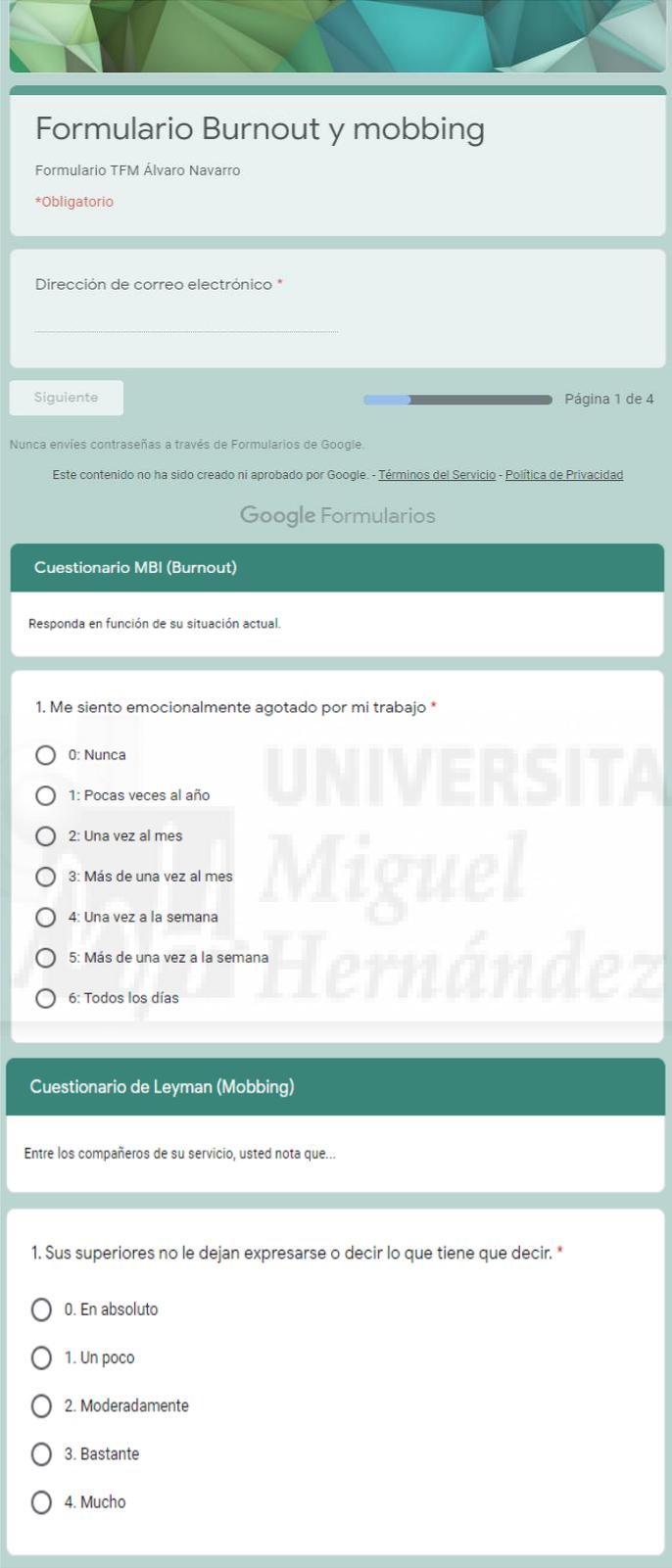
- Analizar los factores sociodemográficos que se relacionan con el SB.
- Estudiar si el SB es más incidente en un hospital terciario, como el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA), que en otros hospitales de la región. En caso de que así sea, analizar los factores que ocasionan estas diferencias.
- Valorar si la existencia de *mobbing* se relaciona con la incidencia de SB entre los residentes de cirugía.
- Establecer las bases para desarrollar, en caso de ser necesario, herramientas para afrontar este problema sanitario y sus consecuencias.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Recogida de datos

El lugar de trabajo en el que se ha realizado dicho estudio es el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) de Murcia. Se trata de un hospital terciario situado en el municipio de El Palmar (Murcia). Es del hospital de referencia en cuanto a patología esofágica, hepatobiliar, sarcomas y trasplante hepático en la Región de Murcia. Para la realización de dicho estudio se ha obtenido la autorización del Servicio de Docencia y Formación de dicho hospital (*Anexo I*). Además, se ha consultado a residentes de CGAD de otros hospitales de la región y de hospitales cercanos como el de Elche, a los que se hizo llegar la encuesta a través de medios virtuales (*e-mail, Whatsapp...*).

Se ha realizado la encuesta de forma voluntaria a todos aquellos residentes de CGAD que querían participar en dicho estudio, enviando la encuesta a todos los hospitales de la región. Debido a la pandemia global producida por el Sars-Cov-2 se llevaron a cabo encuestas de forma telemática, haciendo uso de la plataforma “*Google Formularios*” o “*Google Forms*” (*Figura 2*), incluyendo en dichas encuestas todas las variables de interés para el estudio.



Formulario Burnout y mobbing
Formulario TFM Álvaro Navarro
**Obligatorio*

Dirección de correo electrónico *

Siguiente Página 1 de 4

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.
Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Google Formularios

Cuestionario MBI (Burnout)

Responda en función de su situación actual.

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo *

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

Cuestionario de Leyman (Mobbing)

Entre los compañeros de su servicio, usted nota que...

1. Sus superiores no le dejan expresarse o decir lo que tiene que decir. *

- 0. En absoluto
- 1. Un poco
- 2. Moderadamente
- 3. Bastante
- 4. Mucho

Figura 2. Formulario utilizado para la realización del Trabajo Fin de Máster (TFM) de Álvaro Navarro Barrios a través de la plataforma para la realización de encuestas “Google Forms”.

4.2. Método

En primer lugar, se estudiaron algunas variables demográficas en dicho cuestionario tales como el género, la edad, el papel que juegan en su servicio (lo que se conoce como residente mayor, esto es de 3º, 4º o 5º año; o residente pequeño, esto es de 1º o 2º año), el centro hospitalario donde realizan la residencia, su situación personal, el número de hijos, el número de horas que trabajan a la semana, el número de guardias que realizan al mes, si libran estas guardias o no, la percepción subjetiva de carga de trabajo, la percepción subjetiva de la disposición de tiempo libre para realizar *hobbies* y la percepción subjetiva del ambiente de trabajo.

Para la evaluación del síndrome de *burnout* se aplicó el *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Se trata de un cuestionario basado en 22 ítems o preguntas que se valora mediante el uso una escala de tipo Likert. Se trata de un instrumento de evaluación psicológica en el que se plantean una serie de enunciados acerca de los pensamientos y los sentimientos del sujeto respecto de la interacción con su trabajo. El individuo encuestado valora, mediante un rango de 6 respuestas que oscilan desde “nunca” hasta “diariamente”, con qué frecuencia se dan en su puesto de trabajo las situaciones descritas en los ítems. El cuestionario en el que nos basamos para realizar la encuesta se adjunta en el *Anexo II*. Los 22 ítems deben ser analizados mediante la factorización de estos en 3 factores que se denominan “agotamiento emocional”, “despersonalización” y “realización personal” en el trabajo:

- **Agotamiento emocional:** esta subescala está compuesta por 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20), que describen la disminución o pérdida de recursos emocionales, la aparición de sentimientos de saturación y cansancio emocional por el trabajo.
- **Despersonalización:** esta subescala está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15 y 22) se refiere a la aparición de una respuesta fría e impersonal, falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos de la atención.
- **Realización personal:** esta subescala está compuesta por 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21) que describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo.

Las puntuaciones altas en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización corresponden a síntomas de estar “quemado”; mientras que, las bajas puntuaciones en la subescala de realización personal corresponden a fuertes sentimientos de estar quemándose. Es por ello por lo que, puntuaciones altas en las 2 primeras subescalas y bajas en la tercera son diagnósticas de SB¹¹, como queda reflejado en la *Tabla 2*.

	Bajo	Medio	Alto
Cansancio emocional	0-18	19-26	27-54
Despersonalización	0-5	6-9	10-30
Realización personal	0-33	34-39	40-56

Tabla 2. Puntos de corte de las subescalas del Maslach Burnout Inventory.

No obstante, no existe un acuerdo general en cuanto a cuáles son los puntos de corte diagnósticos de SB. En algunos trabajos se utilizan los percentiles como escala para determinar la normalidad. Sin embargo, en la mayoría de los trabajos consultados se utiliza el punto de corte obtenido al dividir la puntuación total en tercios. Según este criterio, el tercio superior será diagnóstico de SB (≥ 88 puntos), el tercio medio indicará tendencia a presentar SB (entre 44 y 87 puntos) y tercio inferior indica ausencia de riesgo de padecer SB (≤ 43 puntos).

Por último, se realizó un segundo cuestionario conocido como Cuestionario de Leymann o *Leymann Inventory of Psychological Terrorization* Modificado (LIPT-60) incluido en el Anexo III. Se trata de la versión española del cuestionario de Leymann original (LIPT-45) que fue creada por el Instituto de Psicoterapia e Investigación de Madrid (1999). El LIPT-60 añade al LIPT-45 15 ítems nuevos y proporciona la posibilidad de respuesta del cuestionario añadiendo una escala de intensidad sobre las conductas recibidas, como en el caso del MBI. El cuestionario LIPT-60 de Leymann analiza 6 subescalas de acoso:

1. **Desprestigio laboral (DL):** está compuesta por los ítems 5, 10, 17, 18, 28, 49, 50, 54, 55, 56, 57, 58, 59 y 60. Sus respuestas hacen referencia a estrategias de acoso en el trabajo en las que se produce un desprestigio o descrédito en el trabajo, ya sea a través de distorsión en la comunicación, como rumores o calumnias, o con medidas restrictivas o de agravio comparativo con el resto de los trabajadores, ocultando o minimizando sus logros.
2. **Entorpecimiento del progreso (EP):** está compuesta por los ítems 14, 27, 32, 33, 34, 35 y 37. Los ítems que la constituyen se refieren a un bloqueo sistemático de la actividad laboral, degradando al trabajador con tareas inapropiadas en el contenido o en la forma, de acuerdo con sus competencias.

3. **Incomunicación o bloqueo de la comunicación (BC):** está compuesta por los ítems 3, 11, 12, 13, 15, 16, 51, 52 y 53. Se refiere a un bloqueo de la comunicación extraorganizacional (con el exterior de la organización) e intraorganizacional (dentro de la organización).
4. **Intimidación encubierta (IE):** está compuesta por los ítems 7, 9, 43, 44, 46, 47 y 48. La constituyen ítems referidos a daños encubiertos y amenazas, que habitualmente no dejan “huella” o se realizan de manera “limpia”, sin que sea posible identificar a los responsables.
5. **Intimidación manifiesta (IM):** está compuesta por los ítems 1, 2, 4, 8, 19 y 29. Esta subescala se refiere a restricciones o amenazas que se le imponen de forma pública, no disimulada, directa o incluso en público, entre ellas amenazas verbales, gritos o ponerle en ridículo.
6. **Desprestigio personal (DP):** está compuesta por los ítems 6, 20, 21, 24, 25, 30 y 31. Está compuesta por ítems que se refieren a un desprestigio o descrédito de su vida privada y personal, mediante la burla o la crítica de su forma de ser, vivir y pensar.
7. Además, incluimos el número total de estrategias de acoso psicológico (NEAP) como indicador global. Este se obtiene sumando todas las respuestas distintas de cero.

Estas subescalas permiten la valoración de las dimensiones de acoso que el trabajador ha percibido en el trabajo y nos informan sobre la forma de acoso psicológico padecido en el trabajo. Esto nos permite valorar cuales son las dimensiones que predominan en el tipo de acoso recibido, definiendo diferentes formas de acoso, lo cual facilita la comprensión del acoso experimentado por el individuo y el diseño e implementación de estrategias cognitivas y comportamentales, tanto en la intervención psicoterapéutica como en la organizacional.

Al no existir claros puntos de corte para la literatura para el *Leymann Inventory of Psychological Terrorization* Modificado (LIPT-60) se decidió realizar una escala en función del percentil. Aquellos con sujetos con puntuaciones por debajo del percentil 25 (<p25) se consideraron como de bajo riesgo de acoso y aquellos por encima del percentil 75 (>p75) se consideraron de alto riesgo de acoso.

4.3. Tamaño de la muestra estudiada

La muestra poblacional obtenida la componen 23 residentes de CGAD (15 del HCUVA y 8 de otros hospitales de la región). Se excluyeron para el estudio aquellos facultativos especialistas adjuntos de CGAD de los hospitales consultados.

4.4. Variables del estudio

Las variables estudiadas fueron de tipo cualitativas:

1. Género.
2. Papel en el servicio al que forman parte.
3. Lugar de nacimiento.
4. Hospital de trabajo.
5. Situación personal.
6. Libranza de las guardias.
7. Percepción subjetiva de sobrecarga de trabajo.
8. Percepción subjetiva sobre el tiempo libre.
9. Percepción subjetiva del ambiente de trabajo.

Así como variables cuantitativas:

1. Edad.
2. Número de hijos.
3. Promedio de horas trabajadas por semana (sin contar las guardias).
4. Guardias realizadas cada mes.
5. Número de años trabajados.

Las variables analizadas correspondientes al MBI y del *Leymann Inventory of Psychological Terrorization* Modificado (LIPT-60) quedan resumidas en los *Anexos II y III*.

4.4.1. Criterios de inclusión al estudio

- Médicos Internos Residentes de CGAD en formación (1º, 2º, 3º, 4º o 5º año de residencia) dispuesto a contestar la encuesta de forma voluntaria y anónima.

4.4.2. Criterios de exclusión del estudio

- Facultativos especialistas adjuntos de CGAD.
- Rechazo explícito a participar y completar la encuesta.

4.5. Cronograma del estudio

- Elaboración y presentación del anteproyecto: febrero-marzo 2020.
- Recogida de datos mediante la realización de las encuestas: abril 2020.
- Análisis estadístico: mayo 2020.
- Redacción de los resultados: mayo 2020.
- Presentación de los resultados: junio 2020.

4.6. Confidencialidad de los datos y memoria económica

Teniendo en cuenta lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, la identidad de los profesionales será confidencial a todos los efectos, por lo que los datos obtenidos se mantendrán en el anonimato. La base de datos generada para el estudio no contendrá identificación alguna de los participantes, asignándoseles un código numérico. Este estudio no ha recibido ningún tipo de financiación, pues no ha sido necesario el uso de recursos materiales de ningún tipo. No se percibirá compensación económica alguna por participar en este estudio.

4.7. Análisis estadístico

Se realizó un estudio transversal de tipo observacional. Los datos obtenidos de los cuestionarios se volcaron en una hoja de cálculo que se analizó mediante el uso del programa IBM® SPSS® Statistics versión 24. Las variables cualitativas se expresan como frecuencia y porcentaje. Las variables cuantitativas se expresan como mediana y rango intercuartílico (RIC). El estudio comparativo entre variables cualitativas se ha realizado mediante un análisis de tablas de contingencia con la prueba χ^2 de Pearson con análisis de residuos o el test exacto de Fischer en caso de escasa prevalencia. Para la comparación de medianas se ha recurrido al test de la U de Mann-Whitney. Todos los valores de $p < 0,05$ se consideraron significativos.



5. RESULTADOS

5.1. Variables sociodemográficas

Nuestra muestra está compuesta por 23 sujetos encuestados, de los cuales 12 (52,2%) son mujeres y 11 (47,8%) son varones (*Figura 3*). La mediana de edad fue de 27 (RIC 26-29) años (*Figura 4*), siendo el lugar de nacimiento más frecuente Murcia con 10 individuos (43,5%).

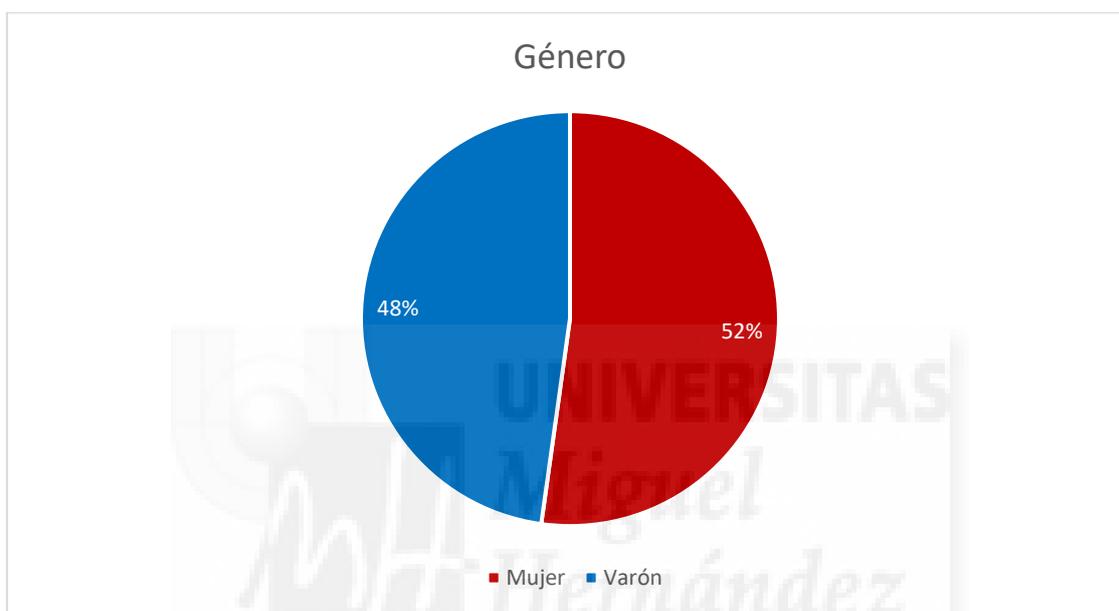


Figura 3. Distribución de la variable género de los sujetos incluidos en el estudio.

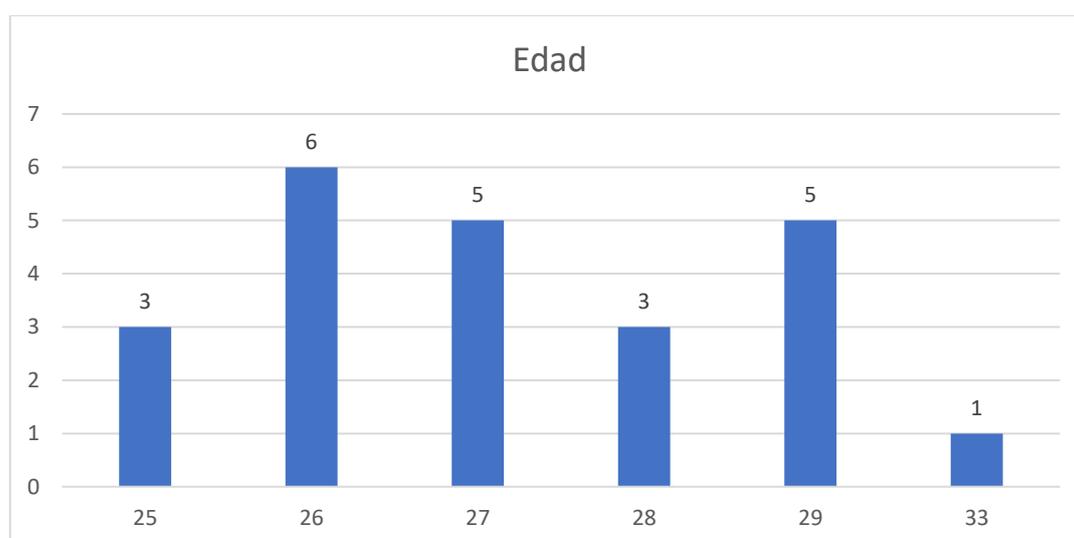


Figura 4. Distribución de la muestra según la edad de los sujetos estudiados.

El centro de trabajo del grupo de estudio fue el más frecuente, 15 de los 23 sujetos (65,2%) pertenecían al HCUVA y el resto (grupo control) a otros hospitales de la región (Figura 5).

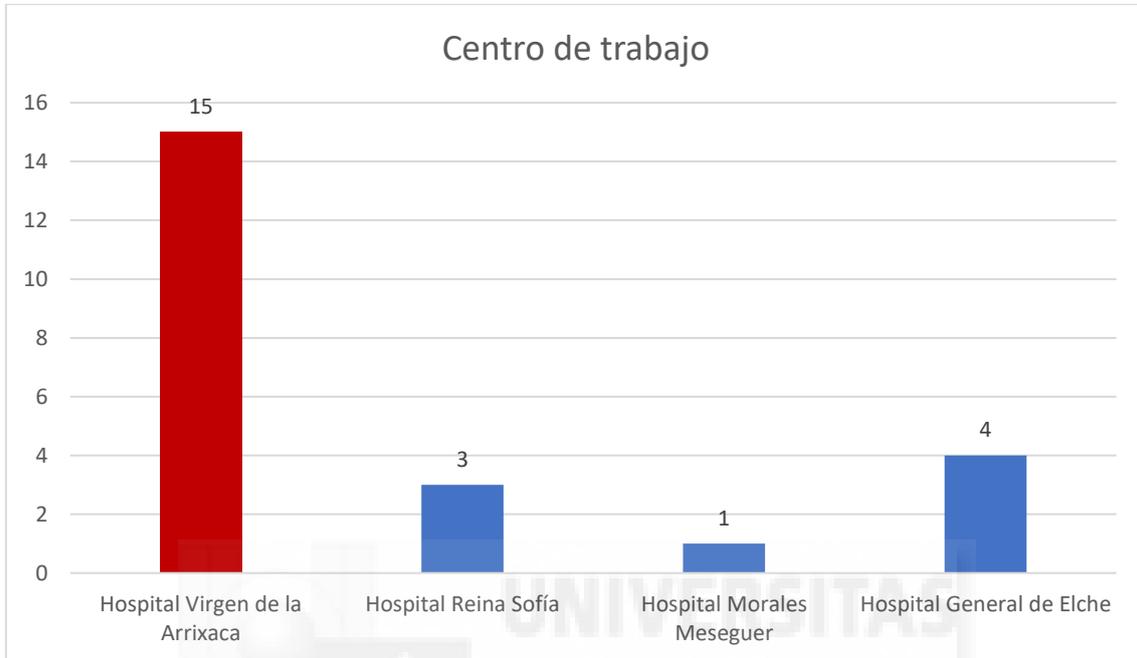


Figura 5. Distribución de la muestra según el centro de trabajo de los individuos del estudio.

La mayoría de los individuos son residentes pequeños, esto es, de 1º y 2º año (12, 52,2%) frente a un 12 (47,8%) que son residentes mayores, esto es, de 3º, 4º y 5º año; de CGAD (Figura 6). Por tanto, la mediana de años trabajados fue de 3 (RIC 2-4) (Figura 7).

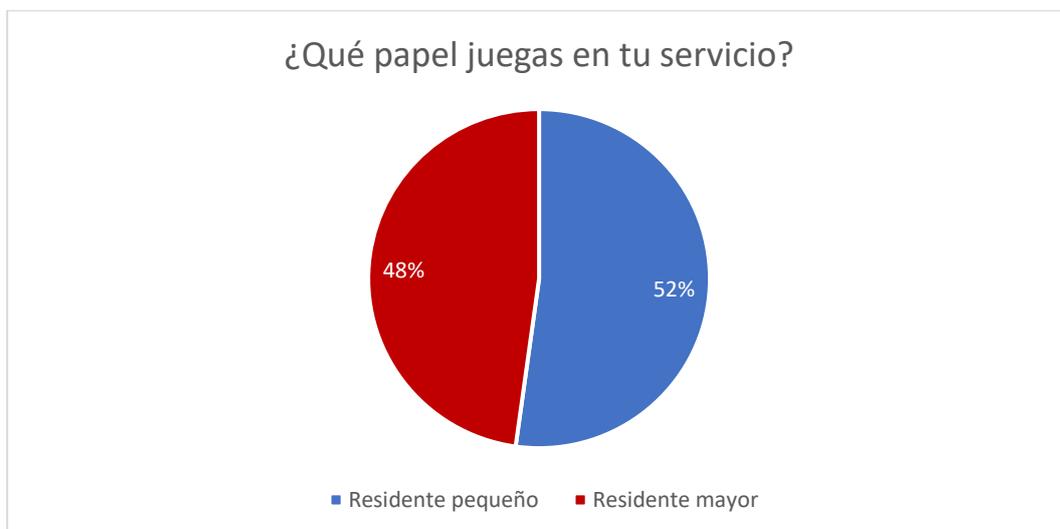


Figura 6. Distribución de la muestra según el papel de cada uno de los sujetos encuestados en su servicio.

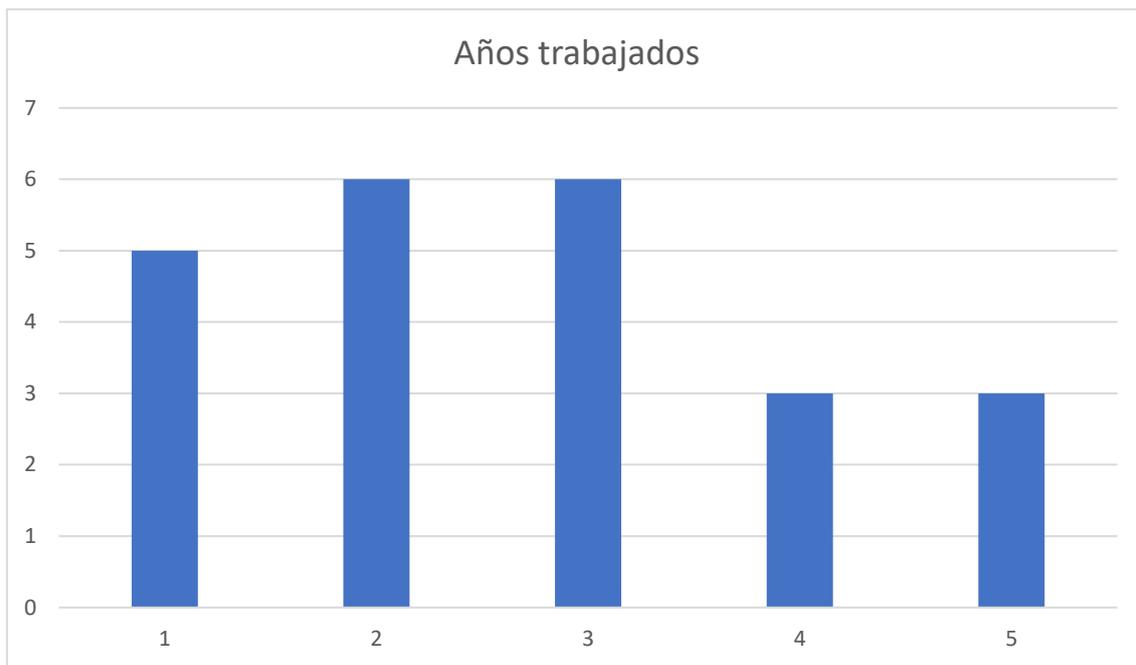


Figura 7. Distribución de la muestra en función de los años trabajados de cada uno de los individuos encuestados.

En cuanto a su situación personal, lo más prevalente entre los residentes encuestados es tener pareja (69,6%), seguido de estar soltero (26,1%) (Figura 8). Ninguno de los residentes encuestados tenía hijos a su cargo.

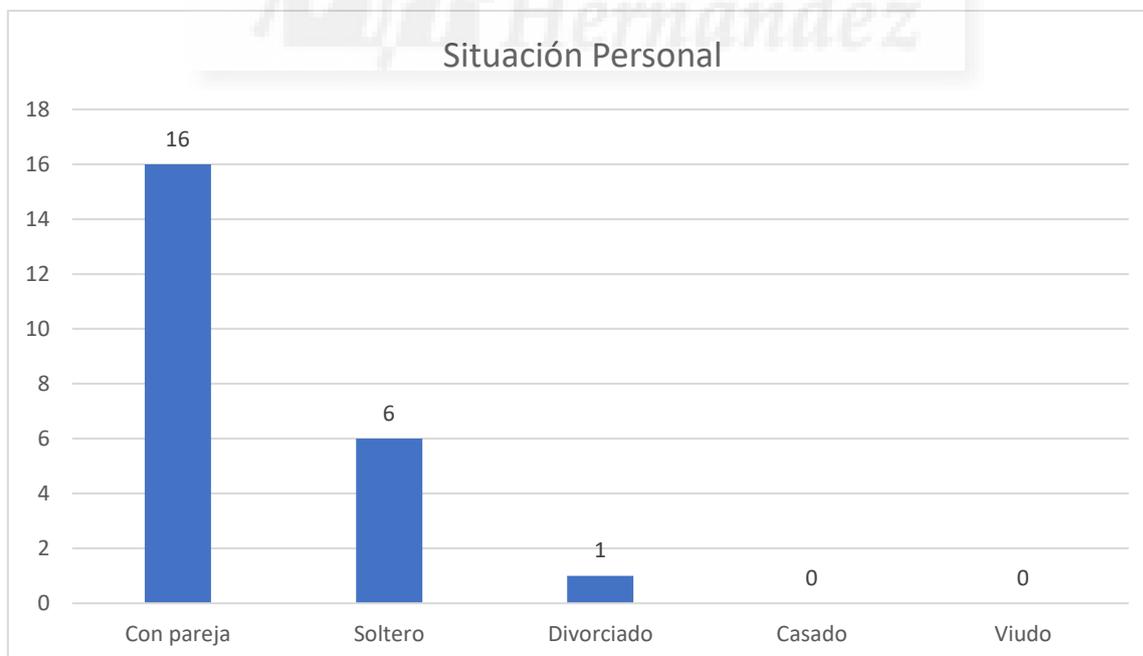


Figura 8. Distribución de la muestra según la situación personal de los individuos encuestados.

En los individuos encuestados, el número de horas trabajadas a la semana fue de 56 (RIC 50-65) horas/semana, siendo la moda de 50, 60 y 70 horas por semana (Figura 9).

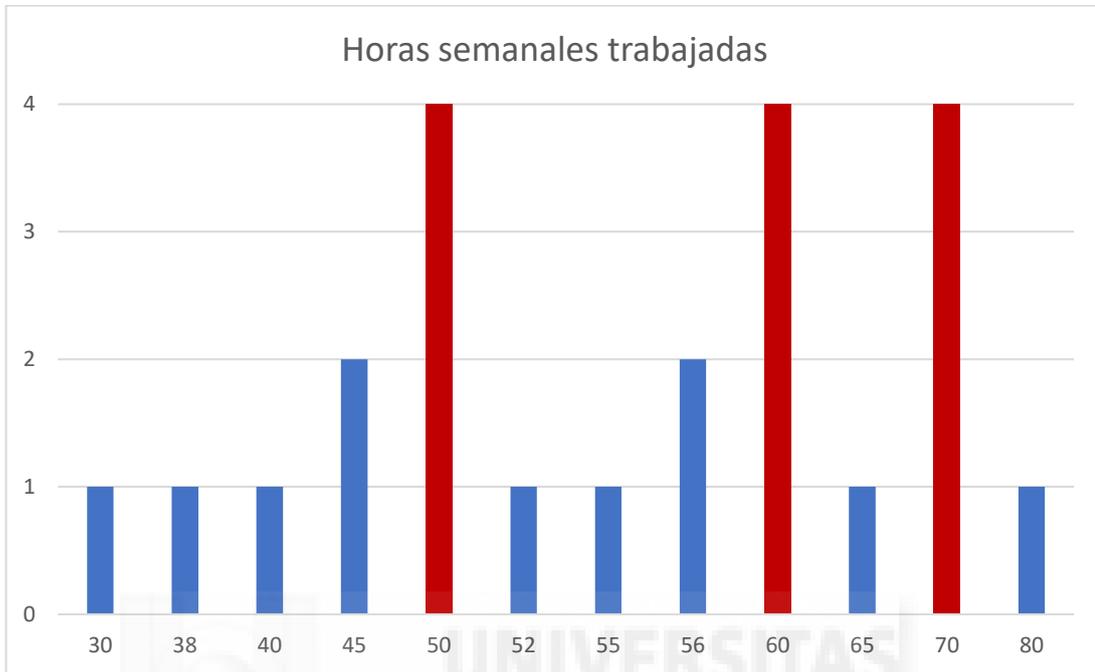


Figura 9. Distribución de la muestra según el número de horas trabajadas por semana.

Además, los residentes encuestados hacían de 5 a 6 guardias en función del hospital donde se encontrarán trabajando. En el caso del HCUVA, se realizan 5 guardias y una semana de guardia localizada para extracción de órganos para trasplante (Figura 10).

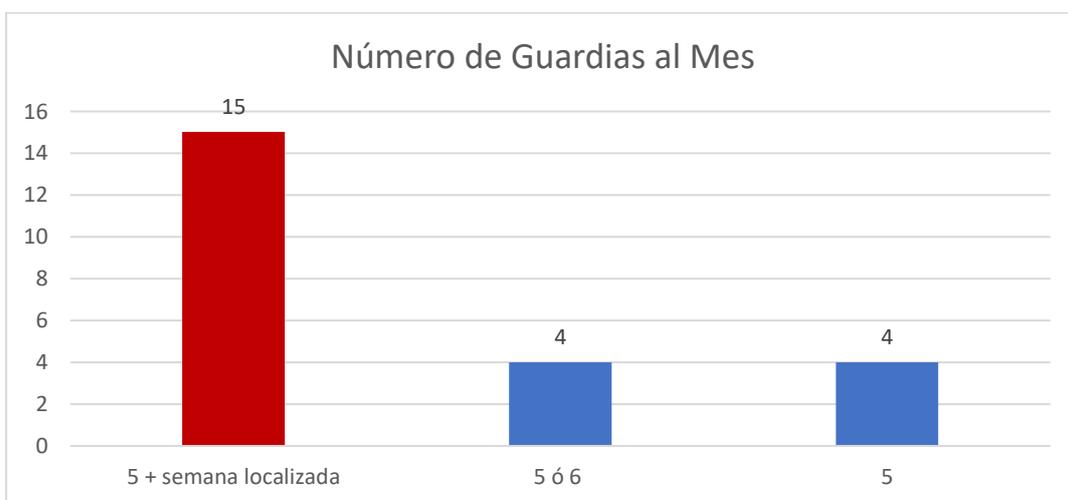


Figura 10. Distribución de la muestra según el número de guardias realizadas al mes en cada servicio.

En cuanto a la libranza de estas, los 15 encuestados del HCUVA (65,2%) afirmaron no librar sus guardias, frente al resto de hospitales, donde sí se libran (Figura 11).

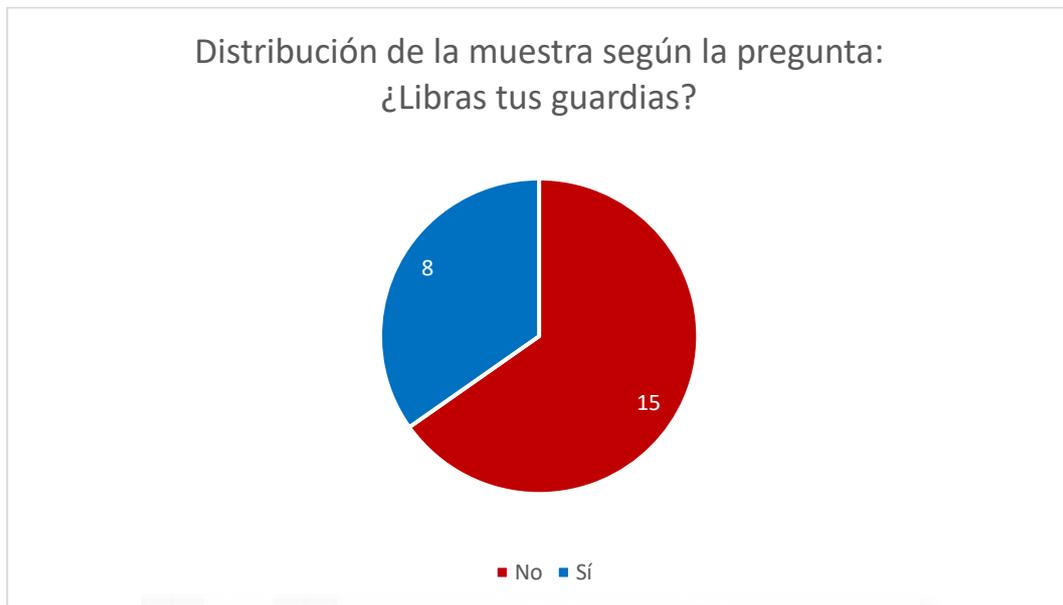


Figura 11. Sujetos que libran las guardias frente a los que no las libran.

Sobre la sensación subjetiva de los individuos, 13 de ellos (56,5%) presentaban sensación de sobrecarga, 14 (60,9%) sentían que no tenían tiempo libre para sus aficiones y 9 (39,1%) afirmaban que su ambiente de trabajo no era el favorable para desarrollarse como cirujanos (Figuras 12, 13 y 14).

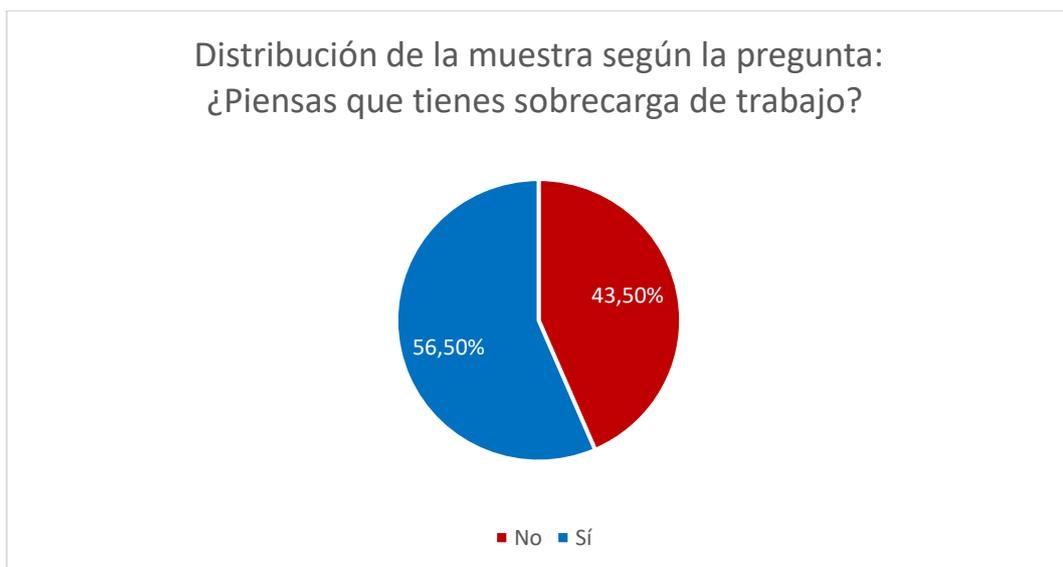


Figura 12. Sensación de sobrecarga de los individuos encuestados.

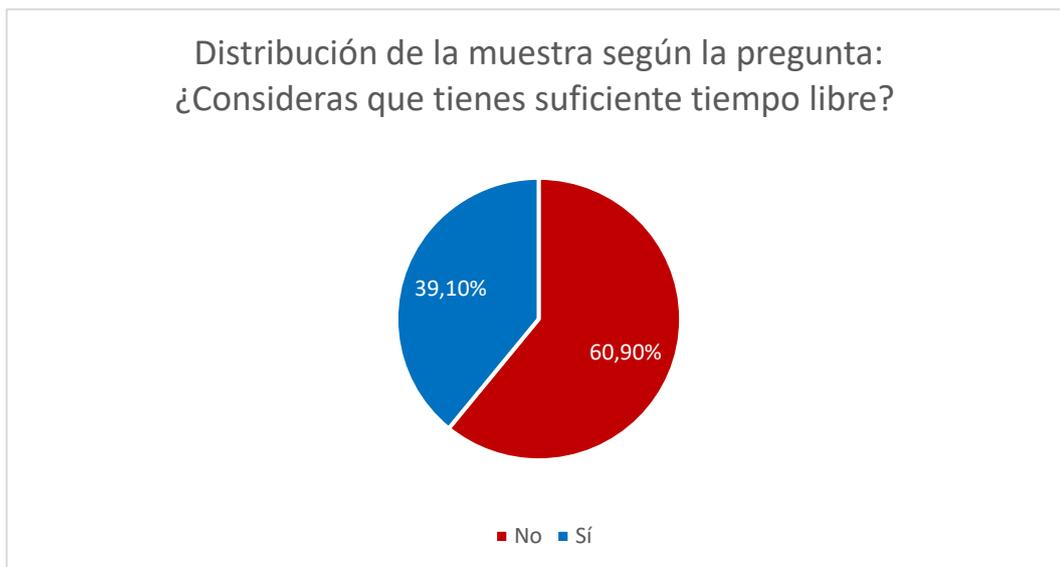


Figura 13. Sensación de disponibilidad de tiempo libre en los encuestados.

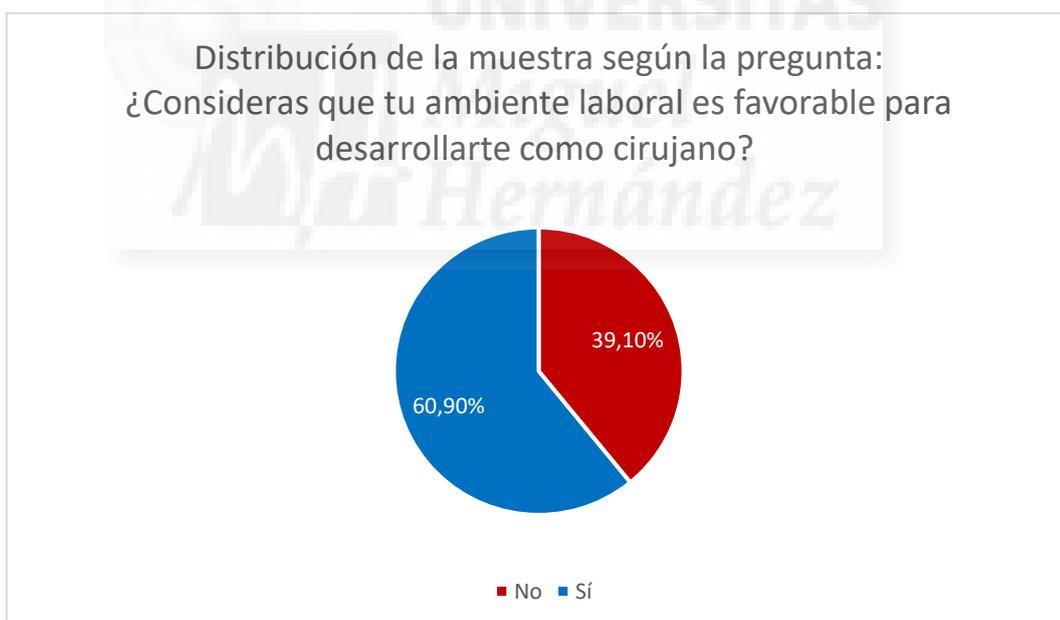


Figura 14. Opinión de los encuestados sobre el ambiente en su servicio de trabajo.

5.2. Análisis de Maslach *Burnout Inventory* (MBI)

Siguiendo el modelo de puntuaciones de la *Tabla 2*, se diagnosticaron a 4 individuos (17,4%) de SB. Esto coincide con el análisis de la *Tabla 3*, en la que se resumen los resultados generales del MBI y de las distintas subescalas en función de los puntos de corte comentados en el apartado 4. *Material y Métodos*.

	Mediana (RIC)	Nivel Bajo, n (%)	Nivel Medio, n (%)	Nivel Alto, n (%)
GLOBAL	67 (58-82)	0 (0%)	19 (82,6%)	4 (17,4%)
Agotamiento emocional	20 (17-29)	8 (34,8%)	6 (26,1%)	9 (39,1%)
Despersonalización	9 (5-15)	6 (26,1%)	7 (30,4%)	10 (43,5%)
Realización personal	36 (29-40)	10 (43,5%)	6 (26,1%)	7 (30,4%)

Tabla 3. Resultados globales del Maslach Burnout Inventory (MBI). RIC: Rango Intercuartílico.

5.3. Análisis del *Leymann Inventory of Psychological Terrorization Modificado* (LIPT-60)

En la *Tabla 4*, se resumen los resultados generales del LIPT-60 y se los resultados en función de los puntos de corte comentados en el apartado 4. *Material y Métodos*.

	Mediana (RIC)	Nivel Bajo (<p25), n (%)	Nivel Medio (p25-p75), n (%)	Nivel Alto (>p75), n (%)
GLOBAL (NEAP)	20 (8-26)	4 (17,4%)	14 (60,9%)	5 (21,7%)
Desprestigio laboral	4 (2-8)	2 (8,7%)	16 (69,6%)	5 (21,7%)
Entorpecimiento del progreso	1 (1-3)	4 (17,4%)	14 (60,9%)	5 (21,7%)
Incomunicación o bloqueo de la comunicación	2 (0-4)	6 (26,1%)	10 (43,5%)	7 (30,4%)
Intimidación encubierta	0 (0)	22 (95,7%)	0 (0%)	1 (4,3%)
Intimidación manifiesta	6 (3-8)	4 (17,4%)	15 (65,2%)	4 (17,4%)
Desprestigio personal	1 (0-2)	9 (39,1%)	10 (43,5%)	4 (17,4%)

Tabla 4. Resultados globales del Leymann Inventory of Psychological Terrorization Modificado (LIPT-60). RIC: Rango Intercuartílico.

5.4. Estudio comparativo en función del hospital donde se realiza la residencia

En la *Tabla 5*, mostramos los resultados del estudio comparativo en función del hospital en el que se realiza la residencia, comparando los residentes del HCUVA con el resto de los residentes de la región.

	HCUVA (n= 15)	Otros Hospitales (n=8)	p
Género (varón), n (%)	8 (53,3%)	3 (37,5%)	0,469
Edad (años), mediana (RIC)	27 (26-29)	26 (25,25-27,75)	0,065
Lugar de nacimiento, n (%)			0,122
Región de Murcia	10 (66,7%)	4 (50%)	
Otros	5 (33,3%)	4 (50%)	
Función en su servicio, n (%)			0,110
Residente mayor	9 (60%)	2 (25%)	
Residente menor	6 (40%)	6 (75%)	
Años trabajados, mediana (RIC)	3 (2-4)	2 (1,25-3)	0,190
Situación personal, n (%)			0,374
Con pareja	9 (60%)	7 (87,5%)	
Divorciado	1 (6,7%)	0 (0)	
Soltero	5 (33,3%)	1 (12,5%)	
Horas trabajo por semana, mediana (RIC)	60 (50-70)	52,5 (45-59)	0,169
Nº guardias al mes, n (%)			<0,001
5 + semana localizada	15 (100%)	0 (0%)	
5	0 (0%)	4 (50%)	
5 ó 6	0 (0%)	4 (50%)	
Libran sus guardias, n (%)	0 (0%)	8 (100%)	<0,001
Sensación de sobrecarga, n (%)	10 (66,7%)	3 (37,5%)	0,179
Sensación de falta de tiempo libre, n (%)	10 (66,7%)	4 (50%)	0,435
Ambiente de trabajo desfavorable, n (%)	6 (40%)	0 (0%)	0,005

Valor MBI Global, mediana (RIC)	64 (58-70)	67,5 (63,25-89,50)	0,591
Agotamiento emocional, mediana (RIC)	19 (18-28)	22 (15-35,75)	0,925
Despersonalización, mediana (RIC)	9 (5-15)	9 (5,5-18,75)	0,776
Realización personal, mediana (RIC)	33 (29-40)	38 (30,75-42,75)	0,506
Valor Test Leymann (NEAP), mediana (RIC)	21 (12-27)	9 (7,3-15)	0,086
Desprestigio laboral	7 (3-9)	3 (1,3-4)	0,027
Entorpecimiento del progreso	2 (1-3)	1 (1-3,5)	0,667
Incomunicación o bloqueo de la comunicación	2 (0-4)	1 (0,3-2,8)	0,400
Intimidación encubierta	0 (0)	0 (0)	1,000
Intimidación manifiesta	6 (4-9)	3 (3-6,3)	0,400
Desprestigio personal	2 (0-3)	0,5 (0-1,8)	0,193

Tabla 5. Estudio comparativo según el puesto que ocupan los residentes en su servicio. MBI: Maslach Burnout Inventory.

5.5. Estudio comparativo en función del papel del residente en su servicio

En la *Tabla 6*, se resumen los resultados obtenidos en el estudio comparativo realizado en función del papel de los encuestados en su servicio, es decir, entre residentes mayores y residentes pequeños.

	Residentes Mayores (n= 11)	Residentes pequeños (n=12)	p
Género (varón), n (%)	5 (45,5%)	6 (50%)	0,391
Edad (años), mediana (RIC)	28 (27-29)	26 (25,3-26,8)	0,220
Lugar de nacimiento, n (%)			0,152
Región de Murcia	6 (54,5%)	8 (66,7%)	
Otros	5 (45,5%)	4 (33,3%)	
Centro de Trabajo, n (%)			0,361
Hospital Virgen de la Arrixaca	9 (81,8%)	6 (50%)	
Hospital Morales Meseguer	0 (0)	2 (16,7%)	
Hospital Reina Sofía	1 (9,1%)	1 (8,3%)	
Hospital General de Elche	1 (9,1%)	3 (25%)	
Años trabajados, mediana (RIC)	4 (3-4)	2 (1-2)	0,165
Situación personal, n (%)			0,144
Con pareja	9 (81,8%)	7 (58,3%)	
Divorciado	1 (9,1%)	0 (0)	
Soltero	1 (9,1%)	5 (41,7%)	
Horas trabajo por semana, mediana (RIC)	65 (50-70)	51 (46,3-59)	0,315
Nº guardias al mes, n (%)			0,332
5 + semana localizada	9 (81,8%)	6 (50%)	
5	1 (9,1%)	3 (25%)	
5 ó 6	1 (9,1%)	3 (25%)	
Libran sus guardias, n (%)	2 (18,2%)	6 (50%)	0,374
Sensación de sobrecarga, n (%)	7 (63,6%)	6 (50%)	0,460
Sensación de falta de tiempo libre, n (%)	8 (72,7%)	6 (50%)	0,436

Ambiente de trabajo desfavorable, n (%)	6 (54,5%)	3 (25%)	0,321
Valor MBI Global, mediana (RIC)	68 (60-72)	65,5 (55-90)	0,359
Agotamiento emocional, mediana (RIC)	19 (17-28)	22 (16-35,8)	0,218
Despersonalización, mediana (RIC)	9 (7-15)	8 (5-18,75)	0,830
Realización personal, mediana (RIC)	36 (30-43)	36,5 (29-39,8)	0,286
Valor Test Leymann (NEAP), mediana (RIC)	20 (8-27)	17,5 (9-24,8)	0,680
Desprestigio laboral	5 (2-8)	4 (2-10)	0,220
Entorpecimiento del progreso	1 (0-3)	2 (1-3,8)	0,414
Incomunicación o bloqueo de la comunicación	1 (0-4)	2 (1-3)	0,680
Intimidación encubierta	0 (0)	0 (0)	1,000
Intimidación manifiesta	4 (2-8)	6,5 (3,3-7,8)	0,400
Desprestigio personal	2 (0-2)	1 (0-2)	0,684

Tabla 6. Estudio comparativo según el puesto que ocupan los residentes en su servicio. MBI: Maslach Burnout Inventory.

6. DISCUSIÓN

Mediante el uso de una encuesta realizada de forma telemática hemos tratado de evaluar la prevalencia de síntomas compatibles con el *burnout* en el servicio de CGAD de un hospital terciario de la Región de Murcia.

La residencia de CGAD es un periodo formativo especialmente propenso a la aparición de este síndrome, relacionado principalmente con el exceso de horas trabajadas y con la ausencia de libranzas de las guardias de presencia física, según queda demostrado en la literatura consultada^{1,2}. Los resultados de nuestro estudio son congruentes con los obtenidos en dichos trabajos, que utilizan la misma encuesta que se ha utilizado en este estudio. Se han obtenido, al igual que en dichos trabajos, unas elevadas tasas de sensación de estar quemado entre los residentes de CGAD de la región, pudiendo ser diagnosticados el 17,4% de los encuestados de síndrome de *burnout* y presentando el 82,6% de la muestra un elevado riesgo de desarrollar síndrome de *burnout* en el futuro.

En cuanto a las conductas relacionadas con el acoso laboral, estas además de suponer un problema en sí mismas, pueden conllevar un mayor desgaste del residente. En este estudio se han evidenciado conductas que se relacionan con un alto riesgo de *mobbing* en el 21,7% de los encuestados, siendo los modos más frecuentes de acoso la incomunicación o el bloqueo de la comunicación entre compañeros y/o superiores (30,4%), el entorpecimiento del progreso del compañero y el desprestigio laboral.

En la literatura consultada^{1,2}, el nivel de estrés laboral y acoso se relacionaron de forma significativa, de forma que aquellos residentes que referían acoso laboral tenían una mayor tasa de SB. Esto debe ocurrir de forma similar en nuestro medio, sin embargo, no hemos conseguido demostrarlo con el análisis estadístico, probablemente por el bajo tamaño muestral.

Otro de los motivos que se asocia en la literatura con las elevadas tasas de SB es la falta de tiempo libre por sobrepasar su jornada laboral o por no librar sus guardias, hecho que según la literatura ocurre en el 50% de los residentes de hospitales grandes en España^{1,2,4-6}. En nuestro caso no se relacionó de forma significativa el hecho de trabajar en un hospital en el que sí se libran las guardias frente a un hospital en el que no se libran. Sin embargo, podemos afirmar que el hecho de carecer de tiempo libre para desconectar después de jornadas de trabajo de 24 horas supone un estresante para el residente en formación y que, aunque no ha podido quedar demostrado en nuestro estudio, debería tenerse en cuenta para favorecer la formación del residente. La libranza de guardias se trata de un derecho recogido

en el plan formativo de todas las especialidades médicas y esto es debido a la necesidad del descanso para el buen rendimiento del residente y para dotarlo de un tiempo para estudiar o investigar, con el cual es difícil contar cuando la mayor parte de su tiempo lo dedica a la actividad asistencial.

Sobrepasar la jornada laboral en EE. UU¹. se asocia con el desgaste profesional con una *odds ratio* de 1,82 si se sobrepasa en uno o dos meses y con una OR de 2,1 si excede en más de tres meses. En España² este factor afecta en menor medida, pero de manera muy importante, con una *odds ratio* de 1,6. En nuestro estudio no se ha relacionado con presentar una mayor tasa de burnout en el análisis comparativo.

En dicho análisis, obtenemos resultados significativos en el ambiente de trabajo que se da en cada centro, siendo mejor el ambiente para desarrollar la residencia fuera del HCUVA ($p=0,005$) según los encuestados. Además, se observa una mayor tasa de acoso laboral en forma de desprestigio en el HCUVA ($p=0,027$), lo cual podría relacionarse con la aparición de signos de *mobbing* en el futuro.

El resto de las variables analizadas en el estudio comparativo según el lugar donde se realiza la residencia no han mostrado diferencias significativas y se ha obtenido, paradójicamente, una puntuación mayor en el MBI en aquellos hospitales donde sí que se libran las guardias, aunque sin diferencias significativas.

En cuanto al objetivo principal del estudio, a lo largo de la residencia de CGAD el nivel de estrés laboral al que está sometido el residente va aumentando de forma exponencial, de manera que la responsabilidad y el nivel de implicación con su trabajo es cada vez mayor. Además, va realizando cada año intervenciones más complejas por lo que el riesgo de complicaciones y su implicación con los pacientes es, a su vez, mayor. Es por esto por lo que se planteó la hipótesis de que el nivel de SB pudiera ser mayor en aquellos residentes que han trabajado durante un periodo de tiempo más largo.

Por otro lado, el residente pequeño presenta un mayor nivel de desconocimiento, carece de confianza en sí mismo para resolver los problemas, no está acostumbrado al nivel de responsabilidad que supone tratar a pacientes, tener la vida de otras personas en sus manos, entre otros muchos estresantes. Además, el residente de CGAD requiere adquirir rápidamente un alto nivel de habilidad manual, que solo consigue si dedica tiempo a formarse en el quirófano. Todo ello, hace que también dedique mucho tiempo a estar en el hospital para adquirir estos conocimientos lo más rápido posible para no quedarse atrás con respecto a sus superiores.

Debido a ello, nos planteamos si era más estresante encontrarse al inicio o al final de la formación. En nuestro estudio se incluyeron 11 residentes mayores (48%) y 12 residentes pequeños (52%), siendo en ambos grupos el nivel de estrés laboral de acuerdo con el MBI de 68 en los primeros y de 65,5 en los segundos, sin objetivarse diferencias significativas ($p=0,359$). Nuestra conclusión es que ambos grupos se encuentran sometidos a un alto nivel de estrés, por causas que en algunas ocasiones convergen (ausencia de libranza de guardias, estrés relacionado con la profesión médica, alto nivel de implicación...) pero también por motivos que difieren al estar en diferentes etapas de su formación.

Por último, los médicos en formación sometidos a este alto nivel de presión asistencial deberían poder solicitar ayuda cuando empiezan a sentirse “quemados por el trabajo”. Es importante mejorar la vida de dichos trabajadores mediante:

1. **Estrategias individuales:** técnicas de relajación, el *biofeedback*, técnicas cognitivas (reestructuración cognitiva), resolución de problemas, entrenamiento en asertividad, fomentar habilidades de afrontamiento y técnicas de autocontrol dirigidas a las consecuencias conductuales.
2. **Estrategias organizacionales:** limitación y especificación del horario de trabajo, así como el número de pacientes que deben atender en dicho horario; flexibilización del horario del trabajador, fomentar la libranza de guardias, respetar el tiempo libre del trabajador (prohibiendo las llamadas, mensajes y otras formas de contacto fuera del horario de trabajo), fomento de la participación de los trabajadores en la toma de decisiones, mejora de los niveles de calidad del ambiente físico de trabajo.
3. **Cambios en el estilo de vida y del ambiente de trabajo:** creando hábitos de vida saludables en cuanto al sueño, el descanso, la alimentación, el tiempo libre y la satisfacción laboral y oportunidades de mayor participación en el trabajo.
4. **Apoyo mediante tratamiento psicológico-psiquiátrico si fuera necesario.**

7. CONCLUSIONES

- La residencia de CGAD se relaciona con un elevado riesgo de desarrollar SB (82,6%) y unas tasas altas de SB (17,4%) en los residentes encuestados, lo cual es comparable a lo obtenido a nivel americano y español.
- A lo largo de la residencia, el nivel de estrés se mantiene constante, siendo moderado en la mayoría de los encuestados.
- El SB es tan incidente en un hospital terciario, a pesar de no librarse las guardias, como en el resto de los hospitales de la región.
- La incidencia de *mobbing* no se relaciona con el desarrollo de SB en nuestro estudio.
- La reducción de los síntomas de *burnout* notificados por los residentes encuestados pasa por la combinación de estrategias individuales, organizacionales y cambios en el estilo de vida y el ambiente de trabajo.



8. BIBLIOGRAFÍA

1. Yue-Yung H; Ryan J; D. Brock H; et al. Discrimination, Abuse, Harassment, and *Burnout* in Surgical Residency Training. N. Engl. J. Med. 2019 Oct 31;381(18):1741-52.
2. Lucas-Guerrero V; Pascua-Solé M; Ramos Rodríguez JL. Desgaste profesional o *burnout* en los residentes de Cirugía General. Encuesta de la Asociación Española de Cirujanos. Cir. Esp. 2020 May 15: S0009-739X (20)30136-6.
3. Agún González JJ; Alfonso Mellado CL; Barba Morán MC et al. Algunas consecuencias de los riesgos psicosociales. Prevención de Riesgos Laborales. Instrumentos de aplicación. 3ª Edición. Valencia: Tirant Lo Blanch; 2012. p. 1123-24.
4. Ortega RC; López RF. El *Burnout* o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. Int. J. Clin. Health Psychol. 2004; 4:137-60.
5. Moreno EA; Latorre RI; Miquela J; et al. Sociedad y cirugía. *Burnout* y cirujanos. Cir. Esp. 2008; 83:118-24.
6. Moreno-Jiménez B; Garrosa E; Rodríguez R; et al. El desgaste profesional o *burnout* en los profesionales de oncología. Boletín de Psicología, No. 79, noviembre 2003, 7-20.
7. Leiter M. *Burnout* as a developmental process: Consideration of models. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), Series in applied psychology: Social issues and questions. Professional *burnout*. Recent developments in theory and research (p. 237–50). Taylor & Francis.
8. Freudenberger H. Staff Burn-Out. J. Soc. Issues 1974; 30(1):159-66
9. Maslach, C. (1976). Burned-out. Hum. Behav., 5, 16-22.
10. Gil-Monte PR; Carretero N; Roldán MD; et al. Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en monitores de taller para personas con discapacidad. Rev. Psic. Trabajo, vol. 21, núm. 1-2, 2005, pp. 107-23.
11. Maslach C; Jackson SE. Maslach *Burnout* Inventory Manual. 2ª Edición. Palo Alto (California): Consulting Psychologists Press. 1986.
12. Magalhaes, E.; Machado de Sousa Oliveira, A. C. et al. Prevalencia del síndrome de *Burnout* entre los anestesiistas del Distrito Federal. Aten. Prim. 2015;65(2):104-110
13. Cebriá AL; Turconi L; Bouchacourt JP; 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
14. Moreno Jiménez B; Baez Leon C. Factores y Riesgos Psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Disponible en:

<https://www.insst.es/documents/94886/96076/Factores+y+riesgos+psicosociales%2C+formas%2C+consecuencias%2C+medidas+y+buenas+pr%C3%A1cticas/c4cde3cea4b6-45e9-9907-cb4d693c19cf>

15. Leyman H. El Contenido y Desarrollo del Mobbing en el Trabajo. Eur. J. Work Organ. Psychol. 1996, 5 (2), 165-84.
16. Piñuel y Zabala I. Mobbing: cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo. Santander: Sal Terrae, 2001.
17. Pinilla García J; Almodóvar Molina A; Galiana Blanco ML; et al. Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. 2015 6ª EWCS – España. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Disponible en:
<https://www.insst.es/documents/94886/96082/Encuesta+Nacional+de+Condiciones+de+Trabajo+6%C2%AA+EWCS/abd69b73-23ed-4c7f-bf8f-6b46f1998b45>
18. Frade M; Zaragoza, I; Viñas S; et al. Síndrome de *burnout* en distintas Unidades de Cuidados Intensivos. Enferm. Intensiva. 2008; 20 (4).
19. Shanafelt TD; Noseworthy JH. Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies to promote engagement and reduce *burnout*. Mayo Clin Proc 2017; 92: 129-46.
20. Shanafelt T; Goh J; Sinsky C. The business case for investing in physician well-being. JAMA Intern Med 2017; 177: 1826-32.
21. West CP; Shanafelt TD; Kolars JC. Quality of life, *burnout*, educational debt, and medical knowledge among internal medicine residents. JAMA 2011; 306: 952- 60.
22. Shanafelt TD; Balch CM; Dyrbye L; et al. Special report: suicidal ideation among American surgeons. Arch Surg 2011; 146: 54-62.
23. Tello Blasco S; Tolmos Estefanía MT; Váñez Romero R; et al. Estudio del síndrome de *Burnout* en los médicos internos residentes del hospital clínico San Carlos. VIII Jornadas de Medicina Preventiva y Salud Pública, 2002, pp. 439-52.
24. Ramírez Pérez MA; Garicano Quiñónez LF; González De Abreu JM; et al. Síndrome de *burnout* en médicos residentes de los hospitales del área sureste de la Comunidad de Madrid. Rev Asoc Esp Espec Med Trab vol.28 no.1 Madrid mar. 2019.
25. Doolittle B; Windish D; Seelig C. *Burnout*, coping, and spirituality among internal medicine resident physicians. J Grad Med Educ 2013; 5(2):257-61.

9. ANEXOS

9.1. Anexo I



Región de Murcia



Área I de Salud



Servicio Murciano de Salud

PROPUESTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL ÁREA I DE SALUD

431

Solicitante: ALVARO NAVARRO BARRIOS

DNI: 48696165J

Denominación del Trabajo: "EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BORNOUT EN LOS RESIDENTES DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO DEL HCUVA"

Tipo de trabajo (TFG, TFM, Tesis, etc.): TFM

Servicio de desarrollo: DOCENCIA Y FORMACIÓN

Tutor en el centro: JOSE DOMINGO CUBILLANA HERRERO

Fechas de realización: 2020

Analizada la solicitud y documentación presentada por el/la solicitante para la realización del trabajo de investigación arriba referido, reunida la **COMISIÓN PARA LA EVALUACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN DEL ÁREA I DE SALUD** se propone a la Dirección Gerencia del Área su **AUTORIZACIÓN**.

El/la solicitante deberá ajustarse a las Instrucciones aprobadas por la Dirección Gerencia del Área, debiendo remitir, una vez finalizado el mismo una copia del mismo a la Comisión para su archivo.

Fechado y firmado digitalmente al margen

Este es un ejemplar impreso de un documento electrónico administrado por la Comandancia General de Murcia, según artículo 21.3 de la Ley 30/1992, de 26 de Septiembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y de acuerdo con el artículo 16 de la Ley 11/2007, de 22 de Junio, de Firma Electrónica Avanzada. Para más información consulte el portal de transparencia de esta entidad. (Código de Verificación: 4481-2115-4481-035391021)



Autorización del Servicio de Docencia del HCUVA para la realización del estudio.

9.2. Anexo II

CUESTIONARIO BURNOUT

Señale el número que crea oportuno sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= NUNCA.

1= POCAS VECES AL AÑO.

2= UNA VEZ AL MES O MENOS.

3= UNAS POCAS VECES AL MES.

4= UNA VEZ A LA SEMANA.

5= UNAS POCAS VECES A LA SEMANA.

6= TODOS LOS DÍAS.

1	Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo.	
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.	
4	Tengo facilidad para comprender como se sienten mis alumnos/as.	
5	Creo que estoy tratando a algunos alumnos/as como si fueran objetos impersonales.	
6	Siento que trabajar todo el día con alumnos/as supone un gran esfuerzo y me cansa.	
7	Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis alumnos/as.	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando. Me siento quemado por mi trabajo.	
9	Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de mis alumnos/as.	
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo la profesión docente.	
11	Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo.	
13	Me siento frustrado/a en mi trabajo.	
14	Creo que trabajo demasiado.	
15	No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunos de mis alumnos/as.	
16	Trabajar directamente con alumnos/as me produce estrés.	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis alumnos/as.	
18	Me siento motivado después de trabajar en contacto con alumnos/as.	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	
20	Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades.	
21	En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma.	
22	Creo que los alumnos/as me culpan de algunos de sus problemas.	

Cuestionario utilizado para el análisis del Síndrome de Burnout: Maslach Burnout Inventory.

9.3. Anexo III

INVENTARIO DE ACOSO LABORAL DE LEYMANN

(Leymann Inventory of Psychological Terrorization) (LIPT-60)

(González de Rivera y Rodríguez-Abuín, 2003).

González de Rivera, J.L. y Rodríguez-Abuín, M. (2003). Cuestionario de estrategias de acoso psicológico: el LIPT-60 (Leymann Inventory of Psychological Terrorization) en versión española. *Psiquis*, 2, 2, 59-66.

(Versión modificada por J. L. González de Rivera)

A continuación hay una lista de distintas situaciones o conductas de acoso que usted puede haber sufrido en su trabajo. Marque en cada una de ellas el grado en que la ha experimentado.

Marque con una cruz (X):

El cero ("0") si no ha experimentado esa conducta en absoluto

El uno ("1") si la ha experimentado un poco

El dos ("2") si la ha experimentado moderada o medianamente

El tres ("3") si la ha experimentado bastante y

El cuatro ("4") si la ha experimentado mucho o extraordinariamente:

1. Sus superiores no le dejan expresarse o decir lo que tiene que decir.	0	1	2	3	4
2. Le interrumpen cuando habla.	0	1	2	3	4
3. Sus compañeros le ponen pegas para expresarse o no le dejan hablar.	0	1	2	3	4
4. Le gritan o le rezanán en voz alta.	0	1	2	3	4
5. Critican su trabajo.	0	1	2	3	4
6. Critican su vida privada.	0	1	2	3	4
7. Recibe llamadas telefónicas amenazantes, insultantes o acusadoras.	0	1	2	3	4
8. Se le amenaza verbalmente.	0	1	2	3	4
9. Recibe escritos y notas amenazadoras.	0	1	2	3	4
10. No le miran o le miran con desprecio o gestos de rechazo.	0	1	2	3	4
11. Ignoran su presencia, no responden a sus preguntas.	0	1	2	3	4
12. La gente ha dejado o esta dejando de dirigirse o de hablar con usted.	0	1	2	3	4
13. No consigue hablar con nadie, todos le evitan.	0	1	2	3	4
14. Le asignan un lugar de trabajo que le mantiene aislado del resto de sus compañeros.	0	1	2	3	4
15. Prohíben a sus compañeros que hablen con usted.	0	1	2	3	4
16. En general, se le ignora y se le trata como si fuera invisible.	0	1	2	3	4
17. Le calumnian y murmuran a sus espaldas.	0	1	2	3	4
18. Hacen circular rumores falsos o infundados sobre usted.	0	1	2	3	4
19. Le ponen en ridículo, se burlan de usted.	0	1	2	3	4
20. Le tratan como si fuera un enfermo mental o lo dan a entender.	0	1	2	3	4
21. Intentan obligarle a que se haga un examen psiquiátrico o una evaluación psicológica.	0	1	2	3	4
22. Se burlan de alguna deformidad o defecto físico que pueda tener.	0	1	2	3	4
23. Imitan su forma de andar, su voz, sus gestos para ponerle en ridículo.	0	1	2	3	4
24. Atacan o se burlan de sus convicciones políticas o de sus creencias religiosas.	0	1	2	3	4
25. Ridiculizan o se burlan de su vida privada.	0	1	2	3	4
26. Se burlan de su nacionalidad, procedencia o lugar de origen.	0	1	2	3	4
27. Le asignan un trabajo humillante.	0	1	2	3	4
28. Se evalúa su trabajo de manera parcial, injusta y malintencionada.	0	1	2	3	4
29. Sus decisiones son siempre cuestionadas o contrariadas.	0	1	2	3	4
30. Le dirigen insultos o comentarios obscenos o degradantes.	0	1	2	3	4
31. Le hacen avances, insinuaciones o gestos sexuales.	0	1	2	3	4
32. No se le asignan nuevas tareas, no tiene nada que hacer.	0	1	2	3	4
33. Le cortan sus iniciativas, no le permiten desarrollar sus ideas.	0	1	2	3	4

34. Le obligan a hacer tareas absurdas o inútiles.	0	1	2	3	4
35. Le asignan tareas muy por debajo de su competencia.	0	1	2	3	4
36. Le sobrecargan sin cesar con tareas nuevas y diferentes.	0	1	2	3	4
37. Le obligan a realizar tareas humillantes.	0	1	2	3	4
38. Le asignan tareas muy difíciles o muy por encima de su preparación, en las que es muy probable que fracase.	0	1	2	3	4
39. Le obligan a realizar trabajos nocivos o peligrosos.	0	1	2	3	4
40. Le amenazan con violencia física.	0	1	2	3	4
41. Recibe ataques físicos leves, como advertencia.	0	1	2	3	4
42. Le atacan físicamente sin ninguna consideración.	0	1	2	3	4
43. Le ocasionan a propósito gastos para perjudicarlo.	0	1	2	3	4
44. Le ocasionan daños en su domicilio o en su puesto de trabajo.	0	1	2	3	4
45. Recibe agresiones sexuales físicas directas.	0	1	2	3	4
46. Ocasionan daños en sus pertenencias o en su vehículo.	0	1	2	3	4
47. Manipulan sus herramientas (por ejemplo, borran archivos de su ordenador).	0	1	2	3	4
48. Le sustraen algunas de sus pertenencias, documentos o herramientas de trabajo.	0	1	2	3	4
49. Se someten informes confidenciales y negativos sobre usted, sin notificarle ni darle oportunidad de defenderse.	0	1	2	3	4
50. Las personas que le apoyan reciben amenazas, o presiones para que se aparten de usted.	0	1	2	3	4
51. Devuelven, abren o interceptan su correspondencia.	0	1	2	3	4
52. No le pasan las llamadas, o dicen que no está.	0	1	2	3	4
53. Pierden u olvidan sus encargos o encargos para usted.	0	1	2	3	4
54. Callan o minimizan sus esfuerzos, logros y aciertos.	0	1	2	3	4
55. Ocultan sus habilidades y competencias especiales.	0	1	2	3	4
56. Exageran sus fallos y errores.	0	1	2	3	4
57. Informan mal sobre su permanencia y dedicación.	0	1	2	3	4
58. Controlan de manera muy estricta su horario.	0	1	2	3	4
59. Cuando solicita un permiso o actividad a la que tiene derecho se lo niegan o le ponen pegas y dificultades.	0	1	2	3	4
60. Se le provoca para obligarle a reaccionar emocionalmente.	0	1	2	3	4

Cuestionario utilizado para el análisis del acoso laboral: de Leymann o Leymann Inventory of Psychological Terrorization Modificado (LIPT-60).