



**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y EL
RIESGO EN PERSONAL MÉDICO DE UN HOSPITAL
DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD**

AUTOR: Salvador Amor Jiménez

TUTOR: Francisco Hernández Rodríguez

TRABAJO FINAL DE MÁSTER

MÁSTER UNIVERSITARIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ. CURSO 2016-17



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

D. Francisco Hernández Rodríguez, Tutor del Trabajo Fin de Máster, titulado “Prevalencia del Síndrome de Burnout y el riesgo en personal médico de un Hospital del Servicio Murciano de Salud” y realizado por el estudiante D. Salvador Amor Jiménez.

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

Fecha de la autorización: 6 de septiembre de 2017

FRANCISCO | Firmado digitalmente
por FRANCISCO|
HERNANDEZ | HERNANDEZ|
RODRIGUEZ|
RODRIGUEZ | Fecha: 2017.09.07
11:45:22 +02'00'

Fdo.: Francisco Hernández Rodríguez
Tutor TFM



ÍNDICE

1. Introducción	9
1.1. Definición e historia	9
1.2. Denominaciones del Síndrome de Burnout	11
1.3. Desencadenantes o causas del Síndrome de Burnout	13
1.4. Signos y síntomas	15
1.5. Diagnóstico y evaluación	16
1.6. Fases en el desarrollo del Síndrome de Burnout	17
1.7. Repercusiones laborales y sociales del Síndrome de Burnout	20
1.8. Prevención y tratamiento (técnicas de afrontamiento)	22
1.9. Aspectos legales	23
1.10. Estado actual del tema	25
2. Justificación del estudio	29
3. Objetivos	31
4. Material y método	
4.1. Tipo de investigación	33
4.2. Población a estudio	33
4.3. Criterios de exclusión	33
4.4. Tamaño muestral	33
4.5. Instrumentos de medida	33
4.6. Recogida de datos	35
4.7. Análisis estadístico	35
5. Resultados	37
5.1. Riesgo de Burnout	40
5.2. Características demográficas	41
5.3. Características laborales	43
5.4. Percepción de valoración	45

6. Discusión	47
7. Conclusiones	49
8. Bibliografía	51
9. Anexos	57
Anexo I (hoja de recogida de datos)	57
Anexo II (Cuestionario de Maslach)	58
Anexo III (Hoja de consentimiento informado)	59



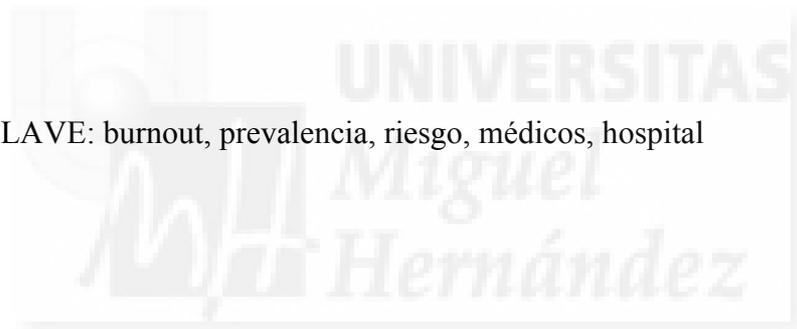
RESUMEN.

El Síndrome de Burnout es una entidad que va adquiriendo más relevancia progresivamente entre los profesionales sanitarios, produciendo efectos negativos tanto para el sujeto afecto como para la organización para la que realiza su trabajo.

El objetivo de este estudio ha sido determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout y sus diferentes dimensiones y el riesgo de sufrirlo en el personal facultativo médico del un hospital del Servicio Murciano de Salud. Para ello se ha realizado un estudio observacional descriptivo de prevalencia transversal.

Como resultados se ha obtenido una prevalencia de Síndrome de Burnout en los profesionales estudiados del 2,8%, pero con unas cifras de profesionales en riesgo del 43,7%. Conclusiones: los resultados obtenidos alertan sobre el estado actual del Burnout en el personal facultativo médico del Hospital sobre el que se realizó el estudio, obteniendo niveles que pueden derivar en una sintomatología alarmante de Burnout.

PALABRAS CLAVE: burnout, prevalencia, riesgo, médicos, hospital



1. INTRODUCCIÓN.

1.1. DEFINICIÓN E HISTORIA.

El síndrome de *Burnout* o *Síndrome de quemarse por el trabajo (SQT)*, ha sido un tema muy debatido y que ha originado numerosas investigaciones en las últimas décadas¹⁻⁸.

Su origen sería consecuencia de una respuesta al estrés laboral crónico. Debido a esta respuesta, se originan una serie de disfunciones conductuales, psicológicas y fisiológicas debido a que las estrategias de afrontamiento son inadecuadas, repercutiendo de forma negativa en las personas y la organización laboral.

La mayoría de autores coinciden en que fue Herbert Freudenberger en 1974 quien describió por primera vez este síndrome⁶, definiéndolo como: “el resultado de desgastarse por la pretensión persistente de un conjunto de expectativas inalcanzables”.

Dale en 1979 defiende que el SQT es consecuencia del estrés laboral¹.

Los autores Edelwich y Brodsky en 1980 lo definen como: “una pérdida del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo”¹.

En 1984, Shinn, Rosario y Chestnut, consideran al Burnout como la tensión psicológica resultante del estrés en el trabajo de los servicios humanos¹.

Más tarde, en 1991, García Izquierdo considera que el Burnout es típico de servicios humanos, teniendo su origen en las demandas físicas y psicológicas que el puesto de trabajo exige, o por un desajuste entre el trabajador y su entorno laboral¹.

Pero otros autores como Pines y Aronson (1988), consideran que el desarrollo de este síndrome puede ocurrir en cualquier tipo de profesión, no sólo en las asistenciales. Consideran el síndrome de Burnout como un estado, entendiéndolo como el desgaste emocional, físico y psíquico causado por estar implicada la persona durante largos periodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente^{1,4,6}.

En el mismo sentido, Shirom (1989) concluye que el contenido del síndrome tiene que ver con una pérdida de las fuentes de energía del sujeto y lo define como una combinación de fatiga física, cansancio emocional y cansancio cognitivo³.

Chemis (1980) lo define como cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en los trabajadores frustrantes o con excesivas demandas¹.

Para Faber (2000), este síndrome es consecuencia de la dinámica laboral y organizacional y de los ambientes que los envuelven en la mayoría de trabajos actuales, donde

la competencia laboral exige mejores resultados en el menor tiempo posible y con los mínimos recursos posibles¹.

En el año 2.001, Charnes apunta que las fuentes de estrés que provocan el síndrome son consecuencia de las características del trabajo, el ambiente organizacional y las características individuales del trabajador¹.

Pero tras todos los intentos de definir el síndrome de Burnout, la definición más aceptada es la que propusieron la psicóloga americana Christine Maslach y Jackson en 1.981^{7,10-12}, considerando que está compuesto por tres dimensiones: cansancio emocional (CE), una reducida realización personal (RP) y despersonalización (DP) (Tabla I), entendido todo como un proceso (perspectiva psicosocial) y no como un estado (perspectiva clínica). Pensar en el síndrome de Burnout como un estado ha dificultado su comprensión y la identificación de estrategias adecuadas de afrontamiento⁸.

CE	Es la manifestación primaria del <i>SQT</i> . Consiste en el agotamiento físico y emocional producido por la actividad laboral.
RP	Implica sentimientos de incompetencia y fracaso en el ejercicio de la profesión: incapacidad, baja autoestima, ineffectividad.
DP	Actitudes y sentimientos negativos hacia las personas destinatarias del trabajo: respuestas de forma impersonal, fría y/o desconsiderada. Las demandas de los pacientes son más fáciles de gestionar cuando se les considera objetos impersonales del trabajo.

Tabla I. Síntomas del síndrome de burnout según Maslach y Jackson

Que aparezcan los síntomas del síndrome de Burnout no necesariamente indica que exista. Es fundamental considerar el contexto en el que surge la patología y su proceso de desarrollo.

Además, Gil-Monte considera que dentro del síndrome de Burnout, a parte de los anteriores síntomas, son muy importantes los sentimientos de culpabilidad para explicar la relación de este síndrome con algunas de sus consecuencias, como la depresión³ (Figura 1).

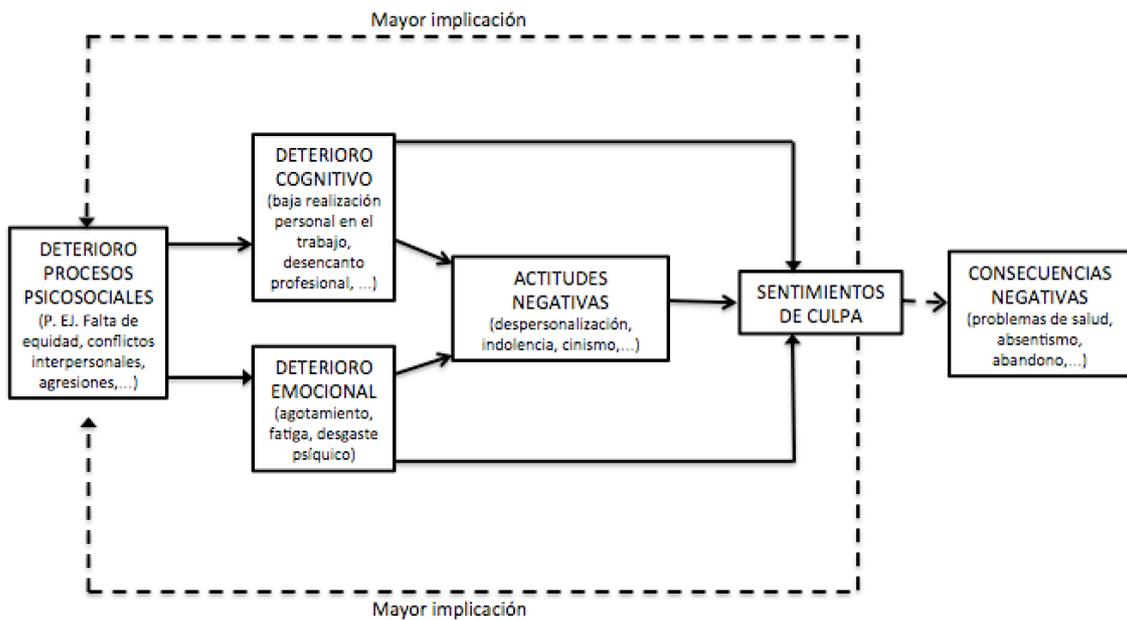


Figura 1. Función de los sentimientos de culpa en el proceso de desarrollo del SQT y sus consecuencias.

En relación con la variable *culpa*, podemos diferenciar dos perfiles distintos de individuos en cuanto al desarrollo del *SQT* (Tabla II).

	Puntuaciones en el test de burnout	Sentimientos de culpa	Gravedad
Perfil 1	Alta	No	Grave
Perfil 2	Alta	Si	Muy grave

Tabla II. Perfil de individuos según la variable culpa (Gil-Monte).

1.2. DENOMINACIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT.

Existe una gran variedad de denominaciones para referirse al síndrome de Burnout, sin embargo, muchas de ellas, presentan gran similitud (Tabla III). Podemos clasificarlas en tres grupos:

- Grupo I: denominaciones que toman como referencia para la denominación en español el término original anglosajón Burnout.
- Grupo II: denominaciones que toman como referencia el contenido semántico de la palabra o el contenido de la patología.

Prevalencia del Síndrome de Burnout y el riesgo en personal médico de un hospital del Servicio Murciano de Salud

- Grupo III: los que se considera que el Síndrome de Burnout es sinónimo de estrés laboral.

Grupo	Denominaciones	Autores
I	Síndrome de quemarse por el trabajo	- Gil-Monte y Peiró (1997) - Gil-Monte (2002)
	Síndrome de estar quemado en el trabajo	- Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau (2000)
	Síndrome de quemarse en el trabajo	- Guillén y Santamaría, 1999 - Manassero, García, Vázquez, Ferrer, Ramis y Gili (2000)
	Síndrome de estar quemado	- Da Silva y cols. (1999) - Durán y cols. (2001) - Flórez (1994) - López y cols. (2000) - Manzano y Ramos (2000)
	Síndrome del quemado	- Chacón, Vecina, Barrón y De Paúl (1999) - De la Fuente y cols.(1997) - Fuertes, Martínez, Cantizano, Gándara y De la Cruz (1997)
	Estar quemado	- Olmeda, García y Morante (1998) - Prieto, Robles, Salazar y Daniel (2002) - Quevedo-Aguado y cols. (1999)
	Quemazón profesional	- Aluja (1997) - Martín, Viñas, Pérez, Luque y Soler-Insa (1997)
II	Desgaste psicológico por el trabajo	- García-Izquierdo, Sáez y Llor (2000)
	Desgaste ocupacional	- López (1996)
	Desgaste profesional	- Arón y Milicic (2000) - Capilla (2000)

		<ul style="list-style-type: none"> - Da Silva y cols. (1999) - Livianos, De las Cuevas y Rojo (1999) - Mingote (1998) - Olivar y cols. (1999) - Olmeda y cols. (1998) - Prieto y cols.(2002) - Segarra y Garrido (2000)
	Agotamiento profesional	<ul style="list-style-type: none"> - Belloch, Renovell, Calabuig y Gómez (2000) - Díaz e Hidalgo (1994) - Montesdeoca, Rodríguez, Pou y Montesdeoca (1997)
	Agotamiento laboral	<ul style="list-style-type: none"> - Manassero, Ferrer, Vázquez, Gili, Simó y Bes (1998)
	Síndrome de cansancio emocional	<ul style="list-style-type: none"> - García, Sobrido, García, Raña y Saleta (1999)
III	Estrés crónico laboral asistencial	<ul style="list-style-type: none"> - Manzano (2001)
	Estrés laboral asistencial	<ul style="list-style-type: none"> - Arranz, Torres, Cancio y Hernández (1999) - Carretero, Oliver, Toledo y Regueiro (1998) - Montalbán y cols (1995)
	Estrés profesional	<ul style="list-style-type: none"> - Aluja (1997) - Martín, Viñas, Pérez, Luque y Soler-Insa (1997)
	Estrés laboral	<ul style="list-style-type: none"> - Fuertes y cols. (1997) - García y cols. (1999)

Tabla III. Denominaciones del síndrome de *Burnout*.

1.3. DESENCADENANTES O CAUSAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT¹⁰⁻¹³.

El síndrome de Burnout es desencadenado por los estresores percibidos crónicamente en el ámbito laboral, los cuales preceden al desarrollo de dicho síndrome y pueden ayudar a comprender su origen.

Peiró (1.992) dividió los estresores en cuatro categorías (*Figura 2*):

- Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto como fuente de Estrés Laboral.
- Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera. Dentro de la variable relacionada con el desempeño de roles, se ha incluido la variable que afecta a la Categoría Profesional del trabajador.
- Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales.
- Fuentes extraorganizacionales de Estrés Laboral: Relaciones trabajo-familia.

D E S E N C A D E N A N T E S



Figura 2. Desencadenantes del Síndrome de Burnout

Según Gil Monte y Peiró, “el síndrome de quemarse por el trabajo está conformado por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales”¹³.

Para el desarrollo del síndrome de Burout, destacan elementos como el aburrimiento y el estrés, el trabajo a turnos, el trato con usuarios problemáticos, la falta de autonomía y autoridad para tomar decisiones,... la mayoría presentes en profesiones relacionadas con la

sanidad, la educación, trabajadores sociales y policías, considerándose éstas como ocupaciones con tendencia al desarrollo de este síndrome⁵.

Dentro de éstas, en los profesionales de la salud, se añaden otros factores igualmente importantes y potencialmente estresantes como el contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte, y la sobrecarga laboral debido a la falta de personal.

Los factores presentes para el desarrollo del síndrome podemos resumirlos en:

- Individuales: género, edad, personalidad y orientación profesional tienen una gran influencia para desarrollar el *SQT*. Por ejemplo, las mujeres puntúan más alto en agotamiento e ineficacia profesional, mientras que en algunos estudios se observa que los hombres presentan más cinismo y despersonalización.
- Sociales: aunque no se ha podido establecer una relación causal, hay estudios que sugieren que el apoyo social influye en la salud de las personas (Buendía, 1990), ya que actuaría como variable moderadora de los efectos negativos del estrés laboral y del *SQT*.
- Organizacionales y laborales: mientras que las variables demográficas, de personalidad y la falta de apoyo social facilitan la aparición del *SQT*, las variables organizacionales, fundamentalmente las relacionadas con el desempeño del puesto de trabajo, lo desencadenan. Por lo que a la hora de diseñar la prevención psicosocial a nivel primario, habrá que tener muy en cuenta el contenido del puesto de trabajo, la falta de reciprocidad (dar más emocionalmente en el trabajo de lo que se recibe a cambio), o el clima organizacional, pues pueden convertirse en desencadenantes del *SQT*.

1.4. SIGNOS Y SÍNTOMAS

Existen gran cantidad de síntomas descritos que se asocian al síndrome de Burnout, pudiendo dividirse en tres grupos principales: físicos, emocionales y conductuales. Uno de los síntomas que aparece antes suele ser la dificultad para levantarse por la mañana o el cansancio patológico^{1,4,17,18}, pudiendo utilizarlos, en caso de detectarlos precozmente, como señal de alarma ante la posibilidad de aparición de este síndrome.

- Síntomas físicos: alteraciones cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria, palpitaciones), alteraciones gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, úlcera

duodenal), alteraciones respiratorias (asma, resfriados frecuentes), alteraciones del sueño (insomnio), alteraciones dermatológicas, alteraciones menstruales, disfunciones sexuales, dolores musculares o articulares, fatiga crónica, cefaleas y migrañas, mal estar general, pérdida de peso, alergias^{1,4,6,14,15}.

- Síntomas emocionales y cognitivos: ansiedad generalizada y focalizada en el trabajo, depresión, irritabilidad, disforia, baja autoestima, falta de motivación, baja satisfacción laboral, dificultades de concentración, distanciamiento emocional, sentimientos de frustración profesional, deseos de abandonar el trabajo, impaciencia, impotencia, hostilidad, melancolía, autovaloración negativa, dificultades para la memorización, suspicacia^{1,4,6,14,15}.
- Síntomas conductuales y sociales: absentismo laboral, abuso de drogas legales e ilegales (café, tabaco, alcohol...), aumento de conductas violentas y de elevado riesgo (conducción temeraria, ludopatía), alteraciones de la conducta alimentaria, disminución de la productividad, falta de competencia, deterioro de la calidad de servicio, cambios bruscos de humor, incapacidad para vivir de forma relajada, dificultad de concentración, cinismo, ironía, aislamiento, irritabilidad, impulsividad, apatía, enfado frecuente^{1,4,6,14,15}.

Todos estos síntomas producen consecuencias negativas a nivel social y laboral. A nivel social se puede producir una disminución de la calidad de vida, aumentando los problemas familiares y afectando a toda la red social extralaboral del trabajador, motivado por el aumento de tensión en las interacciones, el desarrollo de una comunicación deficiente y la tendencia al aislamiento^{1,4,6,15,18}.

A nivel laboral, se ven afectados la organización y el ambiente de trabajo. Si no se consigue un ajuste entre las necesidades de los trabajadores y los fines de la empresa, se produce una pérdida de calidad de los servicios^{1,4,6,15,18}.

1.5. DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN.

Para realizar un correcto diagnóstico y evaluación debemos valorar diferentes aspectos: los síntomas que presenta el individuo, analizar su proceso de adaptación, realizar

un buen diagnóstico diferencial, y evaluar la intensidad o frecuencia de los síntomas. Asimismo es necesario identificar los estresores que lo han originado.

Para ello, se utilizarán procedimientos de evaluación cualitativos y cuantitativos:

- Procedimientos cualitativos: realización de entrevistas al trabajador en las que se interrogará sobre los síntomas que percibe, sentimientos respecto al trabajo, relación con compañeros y usuarios,...
- Procedimientos cuantitativos: aplicación de escalas psicométricas para determinar el grado de prevalencia de la patología y los antecedentes más relevantes que originan el desarrollo de la patología en ese momento en la organización.

1.6. FASES EN EL DESARROLLO DEL SÍNDROME DE BURNOUT.

El síndrome de Burnout tiene un desarrollo progresivo durante una serie de etapas, pero no existe un modelo ampliamente consensuado para explicar su evolución³.

En 1980, Edelwich y Brodsky, establecieron unas etapas por las que atraviesa el trabajador hasta el desarrollo del síndrome^{3,19,20}:

1. ETAPA DE ENTUSIASMO E IDEALISMO: el trabajador experimenta su profesión como algo estimulante, lleno de energía y con elevadas aspiraciones y los conflictos se interpretan como pasajeros y con solución.
2. ETAPA DE ESTANCAMIENTO: se comienza a no cumplir las expectativas sobre el trabajo y los objetivos empiezan a aparecer como difíciles de conseguir, aún con esfuerzo.
3. ETAPA DE FRUSTRACIÓN: es el núcleo central del Burnout. Aparece la desilusión y la amotivación laboral, y es cuando brotan los problemas emocionales, físicos y conductuales.
4. ETAPA DE APATÍA: resignación del trabajador ante la imposibilidad de cambiar las cosas.
5. ETAPA DE DISTANCIAMIENTO: hay ya una frustración crónica por el trabajo, lo que desencadena sentimientos de vacío total. Todo esto le lleva a dedicar menos tiempo al trabajo pero sin llegar a arriesgarlo, ya que todavía cree que tiene compensaciones como el sueldo, que justifican la pérdida de satisfacción.

6. ETAPA DE BURNOUT: se produce la imposibilidad física y psíquica de seguir adelante en el trabajo, e irrumpe con fuerza la sintomatología: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

Para Chemis (1.980) es un factor decisivo en el desarrollo del Burnout el estrés laboral, distinguiendo 3 fases^{3,21}:

1. FASE DE ESTRÉS: aparece un desajuste entre las demandas laborales y los recursos del trabajador.
2. FASE DE AGOTAMIENTO: se producen respuestas de preocupación, tensión, ansiedad y fatiga de forma crónica.
3. FASE DE AGOTAMIENTO DEFENSIVO: aparecen cambios en las actitudes y en la conducta, como el cinismo.

En 1.991, Faber describe seis estadios sucesivos para el desarrollo del Burnout³:

1. ENTUSIASMO Y DEDICACIÓN.
2. RESPUESTAS DE IRA Y FRUSTRACIÓN.
3. NO CORRESPONDENCIA ENTRE EL ESFUERZO Y LOS RESULTADOS Y RECOMPENSAS.
4. ABANDONO DEL COMPROMISO E IMPLICACIÓN EN EL TRABAJO.
5. AUMENTO DE VULNERABILIDAD DEL TRABAJADOR Y APARICIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS.
6. AGOTAMIENTO Y DESCUIDO.

Para intentar dar explicación a cuál es la primera respuesta que surge ante el estrés laboral y cómo se establece la relación entre las dimensiones del SQT (baja RP, AE y DP), han surgido una gran variedad de modelos.

Golembiewski, Munzenrider y Carter, describieron en 1.983 el SQT como consecuencia de un desarrollo progresivo, iniciándose con actitudes de despersonalización, seguido de la baja realización personal y el agotamiento emocional^{3,20} (*Figura 3*):



Figura 3. Modelo desarrollo Burnout de Golembiewski, Munzenrider y Carter.

Para Leiter y Maslach (1988), la dimensión fundamental del Burnout es el agotamiento emocional, a la que seguirá la despersonalización y después la baja realización personal^{3,20} (Figura 4):



Figura 4. Modelo desarrollo Burnout de Leiter y Maslach.

En 1993, Lee y Ashforth aseveran que tanto la despersonalización como la baja realización personal son consecuencia directa de los sentimientos de agotamiento emocional²² (Figura 5):



Figura 10. Modelo desarrollo Burnout Lee y Ashforth.

También en 1993, Leiter considera la baja realización personal como una variable no relacionada causalmente con el agotamiento emocional ni con la despersonalización. El agotamiento emocional lleva al desarrollo de actitudes de despersonalización²² (Figura 6):



Figura 6. Modelo desarrollo Burnout de Leiter.

Gil-Monte, Peiró y Lacarcel en 1995, describen que en el proceso de Burnout se originan paralelamente sentimientos de baja realización personal en el trabajo con un alto nivel de agotamiento emocional, conduciendo a la aparición de actitudes de despersonalización^{20,22} (Figura 7):



Figura 7. Modelo desarrollo Burnout de Gil-Monte, Peiró y Lacarcel.

1.7. REPERCUSIONES LABORALES Y SOCIALES DEL SÍNDROME DE BURNOUT.

Debido a las características organizacionales en las cuales tiene su desarrollo el SQT (organizaciones de servicios sociales), las consecuencias producidas por el mismo irán más allá de la propia organización, repercutiendo directamente sobre el conjunto de la sociedad¹⁶. Algunas de las consecuencias negativas derivadas de este síndrome son: la disminución de la satisfacción laboral, el absentismo elevado, el abandono del puesto de trabajo, los conflictos interpersonales, los accidentes laborales, etc. (Tabla IV)

PSICOSOMÁTICAS	<ul style="list-style-type: none"> - Cansancio hasta el agotamiento - Malestar general - Fatiga crónica - Dolores de cabeza - Desórdenes gastrointestinales - Pérdida de peso - Problemas de sueño
----------------	---

	- Dolores musculares
CONDUCTUALES	<ul style="list-style-type: none"> - Absentismo laboral - Cambios de humor - Abuso de sustancias psicoactivas - Incapacidad para vivir de manera relajada - Conducta despersonalizada en la relación con los compañeros de trabajo y usuarios - Superficialidad en el contacto con los demás - Incapacidad de concentración
EMOCIONALES	<ul style="list-style-type: none"> - Agotamiento emocional - Ansiedad - Sentimiento de culpabilidad - Aburrimiento - Sensación de impotencia y desorientación - Sentimiento de soledad - Baja tolerancia a la frustración
SOCIALES Y DE RELACIONES INTERPERSONALES	<ul style="list-style-type: none"> - Actitudes negativas hacia la vida en general - Disminución de la calidad de vida personal - Aumento de problemas de pareja, familiares...

Tabla IV. Consecuencias del síndrome de burnout.

Todo ello conlleva un gran aumento de costes económicos y sociales, haciendo del SQT un problema social y de salud pública⁷.

1.8. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO (TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO).

Dos factores importantísimos para el desarrollo del SQT son el entorno laboral y las condiciones laborales. Por esto, para poder prevenir correctamente su desarrollo, hay que modificar las condiciones de trabajo (con la participación de los trabajadores), especialmente las que afectan negativamente a los aspectos psicosociales, como la ordenación del trabajo y la calidad de las relaciones interpersonales⁶.

Es necesaria una correcta formación de los trabajadores en cuanto a psicología se trata, la implantación de medidas que fomenten el mantenimiento del sistema social de la organización y fomentar el entrenamiento de habilidades y apoyo sociales²³.

En el ámbito sanitario, el cual es el que nos ocupa en el presente trabajo, una de las primeras medidas a implantar para la prevención del SQT es la formación del personal para conocer sus manifestaciones y considerar programas que impliquen la adquisición de conocimientos. Podemos dividir las estrategias de intervención en tres niveles:

- a) NIVEL INDIVIDUAL: hay que considerar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales, así como el desarrollo de estrategias cognitivo-conductuales que permitan eliminar o paliar los estresores y defenderse de las acciones amenazantes para su propio “Yo”; inoculación de estrés (aumentar la resistencia individual al estrés mediante cursos de formación ofrecidos por la propia institución); neutralizar las consecuencias negativas de esas experiencias; proporcionar un estilo de vida sano: dieta, ejercicio y descanso (comedores con dietas equilibradas, gimnasio para el personal,...).
- b) NIVEL INTERPERSONAL O GRUPAL: potenciar la formación de las habilidades sociales y de apoyo social de los equipos de profesionales.
- c) NIVEL ORGANIZACIONAL: eliminar o disminuir los estresores del entorno organizacional que desarrollan en SQT.

A nivel individual, el uso de estrategias de afrontamiento de control o centradas en el problema previene el desarrollo del SQT. Dentro de éstas se encuentra el entrenamiento en solución de problemas, el entrenamiento de la asertividad y el entrenamiento para el manejo eficaz del tiempo. También puede ser útil intentar olvidar los problemas laborales al acabar el

trabajo, tomar pequeños momentos de descanso durante el trabajo y marcarse objetivos realistas y factibles de conseguir.

En el nivel interpersonal, las estrategias van dirigidas a promover el apoyo social por los compañeros y supervisores. Debe ofrecer apoyo emocional, pero también incluye una evaluación periódica de los profesionales y retroinformación sobre su desarrollo del rol. Además es importante entrenar las habilidades de comunicación. El sistema sanitario es un sistema, en general, altamente jerarquizado, donde muchas veces se establecen relaciones autoritarias o donde no existen canales de comunicación correctos y/o suficientes, que son fundamentales para un buen clima laboral.

Y a nivel organizacional, la dirección de las empresas debe llevar a cabo programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de la organización. Asimismo se recomienda desarrollar programas de socialización anticipatorio, con el objetivo de acercar a los nuevos profesionales la realidad laboral y evitar en choque con sus expectativas irreales. Por otro lado, también se deben desarrollar procesos de retroinformación sobre el desempeño del rol. Junto a los procesos de retroinformación grupal e interpersonal por parte de los compañeros de trabajo, se debe dar retroinformación desde la dirección de la empresa y desde la unidad o el servicio en el cual el trabajador desarrolla su actividad. Además, es conveniente implantar programas de desarrollo organizacional. El objetivo de estas medidas es la mejora del ambiente y el clima organizacional mediante el desarrollo de equipos de trabajo eficaces. Otras estrategias a llevar a cabo desde este nivel son la reestructuración y rediseño del puesto de trabajo haciendo participar al personal de la unidad, establecer objetivos claros para los roles profesionales, aumentar las recompensas a los trabajadores, establecer líneas claras de autoridad y mejorar las redes de comunicación²⁴. Que existan rotaciones regulares entre los trabajadores o rotaciones externas opcionales sería una de las formas de solucionar el Burnout, además de la existencia de un equipo de salud mental que dé apoyo y asesoramiento psicológico al personal.

1.9. ASPECTOS LEGALES.

El artículo 40.2 de la Constitución Española dice que los poderes públicos deben velar por la seguridad e higiene en el trabajo, debiendo desarrollar una política de protección de la

salud de los trabajadores mediante la prevención de riesgos laborales (Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales).

Esta Ley tiene como objetivo promover la seguridad y la salud de los trabajadores, aplicando medidas y desarrollando actividades para la prevención de riesgos que deriven del trabajo, y establece los principios generales en cuanto a prevención de riesgos profesionales para la protección de la seguridad y de la salud, la eliminación o disminución de los riesgos derivados del trabajo, la información, la consulta, la participación equilibrada y la formación de los trabajadores en materia preventiva.

En cuanto al síndrome de Burnout, destacan el artículo 4 y el 15 de dicha Ley, que son los que versan sobre la protección de riesgos psicosociales.

Han aparecido algunas sentencias en los tribunales de justicia que consideran el síndrome de Burnout como accidente laboral.

En el artículo 115 de la Ley General de la Seguridad Social (Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social), se entiende por accidente de trabajo, toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena, teniendo en consideración las enfermedades que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo. En este sentido, si las lesiones se producen durante el tiempo de trabajo y en el lugar de trabajo, se presumirán constitutivas de accidente de trabajo.

Además, están incluidas también las enfermedades o defectos padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.

En el artículo 116 de la Ley General de Seguridad Social (Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social), se define la enfermedad profesional como la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena, en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional.

El Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), aprobó una nueva lista de enfermedades profesionales en su reunión de 25 de marzo de 2010.

Para ser considerada una enfermedad como profesional debe existir una relación causal entre la misma y un agente, exposición o proceso de trabajo específico, que ocurra en relación con el ambiente de trabajo y/o en ocupaciones específicas, con una incidencia mayor en grupos de trabajadores que en la población normal, existiendo evidencia científica del desarrollo de la enfermedad tras la exposición y verosimilitud de la causa.

El nuevo listado incluye desde enfermedades causadas por agentes químicos, físicos y biológicos, hasta enfermedades de origen respiratorio y de la piel, trastornos osteomusculares y el cáncer profesional. Además, por primera vez, se han incluido los trastornos mentales y del comportamiento, así como puntos abiertos en todos los apartados, que permite reconocer el origen profesional de enfermedades no incluidas, siempre que se establezca una relación entre exposición a factores de riesgo de la actividad laboral y la enfermedad contraída.

Por esto mismo, ya que el síndrome de Burnout es consecuencia del estrés laboral, es incongruente no considerarlo como una enfermedad profesional. Y más si cabe, cuando la Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales de la Comisión Europea en su Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo, en 1.999, indicó que el estrés relacionado con el trabajo en un tema vital de salud en el trabajo.

1.10. ESTADO ACTUAL DEL TEMA.

Actualmente el síndrome de Burnout no se encuentra en el listado de enfermedades profesionales, pero se va reconociendo como accidente de trabajo (artículo 115.2.e de la Ley General de Seguridad Social [B.O.E. de 29 de Junio de 1994])²⁵.

Ya se han emitido varias sentencias que consideran al SQT como accidente laboral, siendo la más importante y representativa la del Tribunal Supremo de Justicia del País Vasco del 2 de Noviembre de 1999, a partir de la cual se va poder considerar como accidente de trabajo una lesión anímica producida como efecto de la realización de un determinado trabajo²⁶.

En la mayoría de estudios sobre el SQT desarrollados sobre el colectivo sanitario, se achacan a las variables organizacionales la causa del estrés laboral crónico²⁷.

Pero también existen variables sociodemográficas que pueden favorecer la aparición de este síndrome, aunque sin acuerdo unánime entre los autores. Dentro de éstas, podemos encontrar:

- a) SEXO: existen estudios que afirman mayor vulnerabilidad de las mujeres por la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar^{28,29}, mientras que otros estudios defienden que las diferencias son muy pequeñas o incluso inexistentes³⁰.

La única diferencia entre sexos aparece en el aspecto de la despersonalización del SQT, apreciándose una tendencia a obtener puntuaciones más altas los hombres que las mujeres^{30,31}; mientras que las mujeres presentan mayor cansancio emocional²⁹, aunque también en este aspecto hay controversia³².

- b) EDAD: no parece un factor influyente por sí sola, aunque se considera que puede existir un periodo de sensibilización, siendo más vulnerables al estrés los profesionales en formación, ya que es cuando se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana²⁹, y aquellos que tienen más de 10 años de experiencia²⁸.

Existen artículos que defienden que conforme aumenta la edad disminuye la tensión laboral, con lo que la posibilidad de que aparezca SQT es menor, aunque sólo la escala de cansancio emocional tiene una relación positiva con la edad^{1,4,28}. De igual forma, a mayor antigüedad, mayor falta de realización personal²⁹.

- c) ANTIGÜEDAD PROFESIONAL: muy relacionada con la edad, ya que a mayor edad, más años de ejercicio profesional.
- d) ESTADO CIVIL: hay artículos que no encuentran asociación estadística entre el estado civil y el SQT^{32,33}; sin embargo en otros parece que los individuos solteros son más susceptibles de padecer SQT, mientras que los separados, divorciados y viudos son los que más falta de realización personal presentan^{28,29}. Por el contrario, existen otros artículos que sostienen que hay mayor probabilidad de padecer el síndrome en casados⁴.

En realidad en este punto se piensa que lo que puede contribuir a desarrollar o reducir el SQT no es en sí el estado civil, sino el apoyo que recibe el trabajador por parte de su pareja. Los sujetos que mantienen una relación en conflicto es posible que en vez de beneficiarse y reducir el estrés, manifiesten una mayor ansiedad³⁰.

- e) HIJOS: en general los resultados apoyan menores niveles de SQT en las personas con hijos, ya que suelen tener mayor edad y por lo tanto son más maduras psicológicamente^{28,30}. Sin embargo hay trabajos que no encuentran diferencias significativas entre tener o no hijos²⁹, pero se ha observado que el cansancio emocional disminuye conforme aumenta el número de hijos³².
- f) TURNICIDAD: está demostrado que la rotación del turno y el horario nocturno alteran los ritmos circadianos, generando trastornos del sueño, gastrointestinales y cardiovasculares. Algunos autores defienden que no existe asociación entre turnicidad y SQT³³, mientras que otros defienden lo contrario^{28,35}.
- g) TIPO DE CONTRATO: es una variable poco estudiada en la bibliografía, aunque en algún artículo se han obtenido mayores niveles de SQT en trabajadores con plaza fija que en eventuales³⁶.
- h) SALARIO: no está demostrado en la literatura que afecte en el desarrollo del SQT²⁸.
- i) HORAS DE TRABAJO SEMANALES: no parece tener una clara relación con la aparición del SQT, aunque hay autores que defienden que a mayores demandas, más probabilidad de padecer el síndrome^{1,29}. Sin embargo, hay artículos en los que se ha encontrado mayores niveles de burnout en personas que trabajan entre 36 y 40 horas semanales, en comparación con las que trabajan menos de 36 o más de 40²⁹.
- j) SOBRECARGA LABORAL: a mayor sobrecarga laboral, existe un incremento en el agotamiento emocional, que es un componente central en la aparición del SQT³⁷. Asimismo, esta variable tiene una importante repercusión negativa sobre la calidad de las prestaciones ofrecidas por los trabajadores.
- k) CLIMA LABORAL Y SATISFACCIÓN LABORAL: cuanto más favorable es el clima y la satisfacción laboral menos es el estrés¹.
- l) RESILENCIA O PERSONALIDAD RESISTENTE: ambos conceptos implican una capacidad para hacer frente de forma adaptativa a las circunstancias adversas^{38,39}. Se asocian a un crecimiento positivo y a superación de los desafíos⁴⁰.

Otras variables que favorecen el Burnout desde el punto de vista organizacional son¹: el grado de ejecución y autonomía en el trabajo, la ambigüedad en el rol, la negativa dinámica de trabajo, bajas expectativas de refuerzo y altas expectativas de castigo, falta de

Prevalencia del Síndrome de Burnout y el riesgo en personal médico de un hospital del
Servicio Murciano de Salud

comunicación entre el equipo de trabajo, excesivo control del personal por la dirección, burocratización excesiva, inadecuación laboral, falta de apoyo organizacional,...



2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

El SQT en España tiene cada vez más relevancia entre los profesionales de la salud y se considera un problema de salud pública, ya que trae consigo efectos negativos para el trabajador y para la organización en la que trabaja. Su prevalencia en los profesionales sanitarios es del 14'9%³².

Hay que tener en cuenta que los profesionales de la salud que trabajan en unidades hospitalarias donde la demanda de atención es alta e intensa genera mucho estrés, además de enfrentarse a situaciones que requieren gran responsabilidad y toma de decisiones en poco tiempo.

Todo esto implica graves repercusiones en la dimensión biopsicosocial del individuo que padece el SQT, de las personas que lo rodean y por ende afecta negativamente al Sistema Sanitario.

Y por estos motivos, es fundamental la elaboración de estudios que, como paso previo a la prevención y/o intervención de las consecuencias del estrés laboral, traten de identificar los niveles de burnout existentes en los distintos contextos laborales y organizaciones de la salud. Asimismo, el estudio de las variables asociadas a dicho síndrome nos permitirá adquirir una mayor comprensión del mismo y poder intervenir de manera más eficaz sobre ellas.

No existe ningún estudio de estas características realizado sólo con profesionales médicos del Servicio Murciano de Salud.

Por todo lo expuesto anteriormente, consideramos que este estudio es pertinente a diferentes niveles:

- Nivel social
- Nivel profesional
- Nivel teórico.



3. OBJETIVOS.

3.1. Objetivo Principal

- Conocer la prevalencia del síndrome de burnout y de sus tres dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal) en los profesionales médicos de un hospital del Servicio Murciano de Salud, analizando las distintas variables sociodemográficas, laborales y de salud y estrés percibidos.

3.2. Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográficas y laborales que se asocian con dicho síndrome.
- Identificar las dimensiones del síndrome de burnout más alteradas y las variables de mayor repercusión en el síndrome
- Proponer estrategias de mejora para evitar el desarrollo del Síndrome de burnout.





4. MATERIAL Y MÉTODO.

4.1. Tipo de investigación.

Estudio descriptivo de prevalencia transversal.

4.2. Población a estudio.

Personal sanitario facultativo médico del un Hospital del Servicio Murciano de Salud.

4.3. Criterios de exclusión.

No ser personal sanitario médico de dicho hospital.

No tener actividad asistencial con contacto directo con pacientes.

Tener diagnóstico de enfermedad de salud mental: depresión, ...

4.4. Tamaño muestral.

La población a estudio se compone por todos los médicos que realizan actividad asistencial en el un hospital del Servicio Murciano de Salud; en total 156 individuos.

Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo una muestra de 71 individuos.

4.5. Instrumentos de medida.

Para la recogida de datos se ha utilizado un cuestionario donde se realiza la recogida de datos sociodemográficos y laborales de la muestra (Anexo I), y un cuestionario para la valoración de la presencia de síndrome de Burnout (Anexo II), además de una hoja de consentimiento informado para la participación en el estudio (Anexo III).

Hay multitud de instrumentos para la evaluación del Síndrome de Burnout. En el presente estudio, se ha utilizado el *Maslach burnout inventory* (MBI HSS), en su versión validada en castellano^{4,5}, compuesto por 22 preguntas, las cuales se valoran con una puntuación de 0 a 6 (siendo 0 = nunca, y 6 = diariamente).

Este sistema de evaluación del Burnout es el más aceptado debido a su amplia utilización en investigación, evaluando las tres dimensiones propias de este síndrome (DP, AE y RP)³³ (Figura 8).

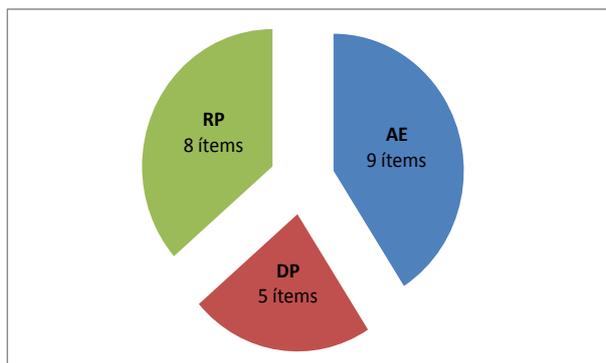


Figura 8. Dimensiones en el síndrome de Burnout.

La puntuación para cada subescala se obtiene de sumar los puntos de las preguntas correspondientes a cada una de ellas:

1. Agotamiento o cansancio emocional (AE): formada por 9 ítems (preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20), que supone la pérdida de ganas de trabajar, la disminución del interés y de la satisfacción laboral.

A mayor puntuación, mayor es el agotamiento emocional y el nivel de Burnout experimentado por el individuo (*tabla V*).

Burnout	BAJO	MEDIO	ALTO
Puntuación AE	≤ 18	19 - 26	≥ 27

Tabla V. Valores dimensión agotamiento emocional

2. Despersonalización (DP): consta de 5 ítems (preguntas 5, 10, 11, 15, 22), objetivando la presencia de respuestas frías e impersonales y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los pacientes.

La puntuación máxima es 30 y, al igual que en la subescala anterior, a mayor puntuación mayor despersonalización y mayor nivel de Burnout experimentado (*tabla VI*).

Burnout	BAJO	MEDIO	ALTO
Puntuación DP	≤ 5	6 - 9	≥ 10

Tabla VI. Valores dimensión despersonalización

3. Realización personal (RP): compuesta por 8 ítems (preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21), y describen sentimientos de insuficiencia personal y baja autoestima.

La puntuación máxima que se puede obtener en este apartado es 48 y, al contrario que en las dos escalas anteriores, a mayor puntuación obtenida mayor es la realización personal y menor el nivel de Burnout experimentado (*Tabla VII*).

Burnout	BAJO	MEDIO	ALTO
Puntuaciones RP	≥ 40	34 - 39	≤ 33

Tabla VII. Valores dimensión realización personal

4.6. Recogida de datos.

Los cuestionario de recogida de datos se entregaron al personal facultativo médico del Hospital durante los meses de marzo, abril y mayo de 2017, para después recopilar todas las encuestas respondidas.

4.7. Análisis estadístico.

Para el análisis estadístico descriptivo de la muestra se han empleado los métodos descriptivos básicos, de modo que, para las variables cualitativas, se ha obtenido el número de casos presentes en cada categoría y el porcentaje correspondiente; y para las variables cuantitativas, los valores mínimo, máximo, media y desviación típica.

La fiabilidad de las escalas se determinó mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Las correlaciones entre las variables cuantitativas se estudiaron mediante el coeficiente de correlación lineal de Pearson.

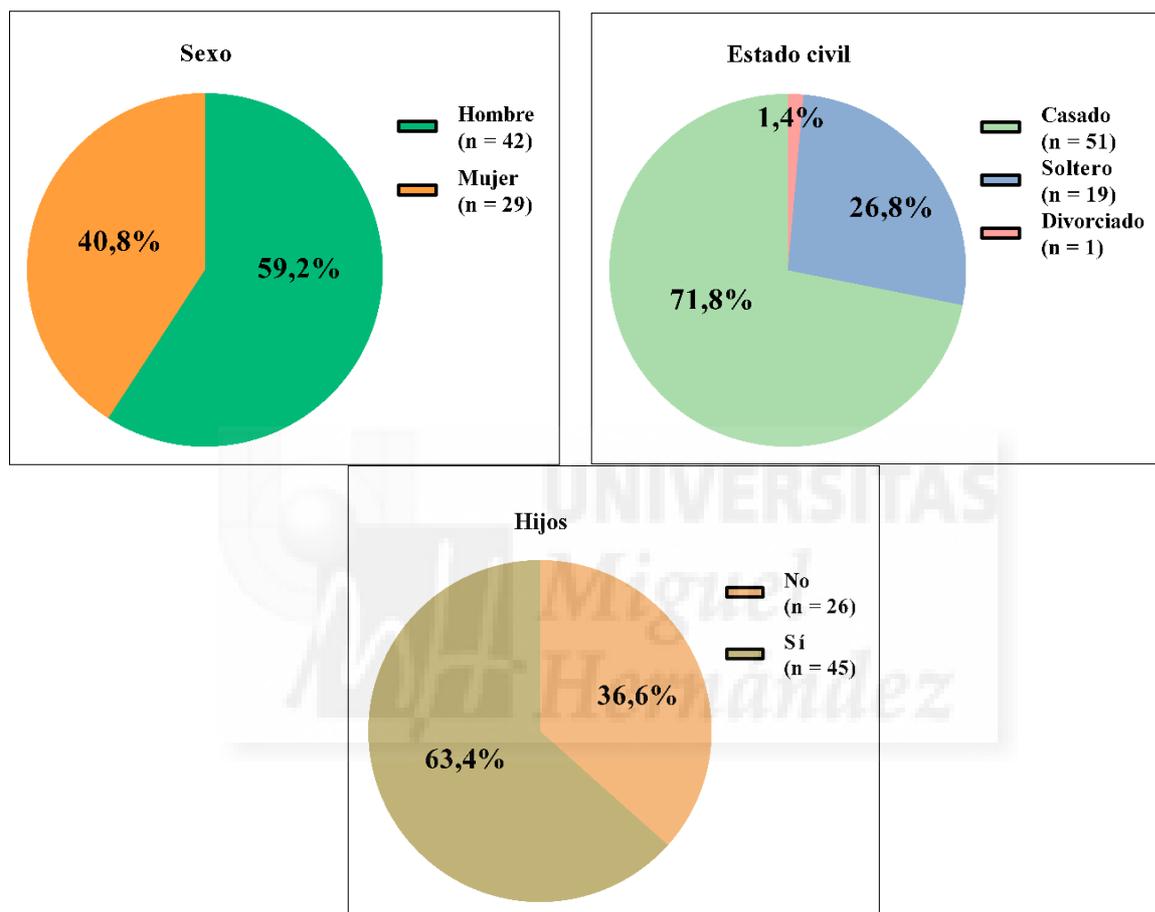
Para la comparación de medias entre dos grupos se empleó el test t-Student una vez comprobados los supuestos de normalidad con el test de Shapiro-Wilk y de homogeneidad de varianzas con el test de Levene.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 23.0 para Windows. Las diferencias consideradas estadísticamente significativas son aquellas cuya $p < 0.05$.



5. RESULTADOS.

La muestra final del estudio se ha constituido con 71 médicos con edades comprendidas entre los 28 y 65 años con un promedio de 43,4 años (DT = 11,3), en su mayoría hombres (59,2%), el 71,8% casados/as y un 63,4% con hijos (*Figuras 9, 10, y 11*).



Figuras 9, 10 y 11. Características demográficas de la muestra.

De acuerdo a las variables relacionadas con el trabajo (*Tabla VIII*), el 88,7% son especialistas, el 52,1% tienen un contrato eventual, el 95,8% realiza guardias y el 57,7% tiene quirófano. El 43,7% (n = 31) considera que el número de pacientes que atiende es adecuado mientras que para el 56,3% (n = 40) resulta excesivo. En la *Figura 12* se muestra la distribución de los facultativos según su especialidad. Con respecto a los años de ejercicio, la media fue de 16,8 años (Mín. – Máx.: 2 – 40, DT = 10,6) y un promedio de 7,5 años (DT = 7,3) en su puesto actual.

Prevalencia del Síndrome de Burnout y el riesgo en personal médico de un hospital del Servicio Murciano de Salud

Variable	n	%
Tipo		
Especialista	63	88,7
MIR	8	11,3
Contrato		
Eventual	37	52,1
Fijo	34	47,9
Guardias		
No	3	4,2
Sí	68	95,8
Quirófano		
No	41	57,7
Sí	30	42,3
Nº pacientes atendidos		
Adecuado	31	43,7
Excesivo	40	56,3

Tabla VIII. Características laborales de la muestra.

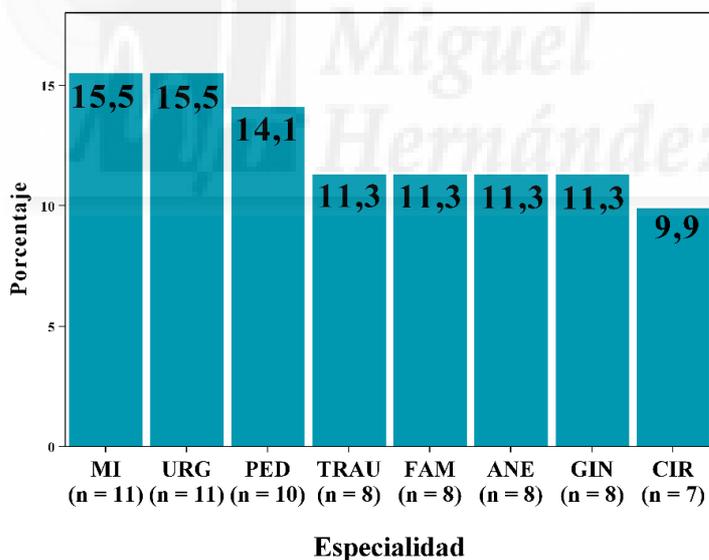


Figura 12. Distribución médicos según especialidad.

En la *Tabla IX* se muestra el análisis descriptivo de la opinión que tienen los facultativos sobre si se sienten valorados o no por sus familiares, pacientes, compañeros y superiores. En todos los casos, más del 80% de los médicos se considera valorado por sus pacientes y familiares de sus pacientes, compañeros y superiores.

Valorado	n	%
Familiares		
No	4	5,6
Sí	67	94,4
Pacientes		
No		
Sí	71	100
Compañeros		
No	4	5,6
Sí	67	94,4
Superiores		
No	13	18,3
Sí	58	81,7

Tabla IX. Visión de los facultativos sobre su valoración.

En la *Figura 13* se muestra el análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas en las dimensiones de la escala de Maslach por los médicos encuestados, que permitirá tener una visión global de la situación de los docentes con respecto al Burnout. La puntuación media obtenida en cansancio emocional fue de 13,65 ($DT = 8,68$), lo que indica un nivel de bajo de cansancio emocional por el trabajo. La puntuación media obtenida en despersonalización fue de 6,52 ($DT = 4,36$), mostrando un nivel medio. Y, por último, la puntuación media obtenida en la escala de realización personal fue de 36,76 ($DT = 5,53$), indicando en lo que concierne a este parámetro un nivel medio de realización personal.

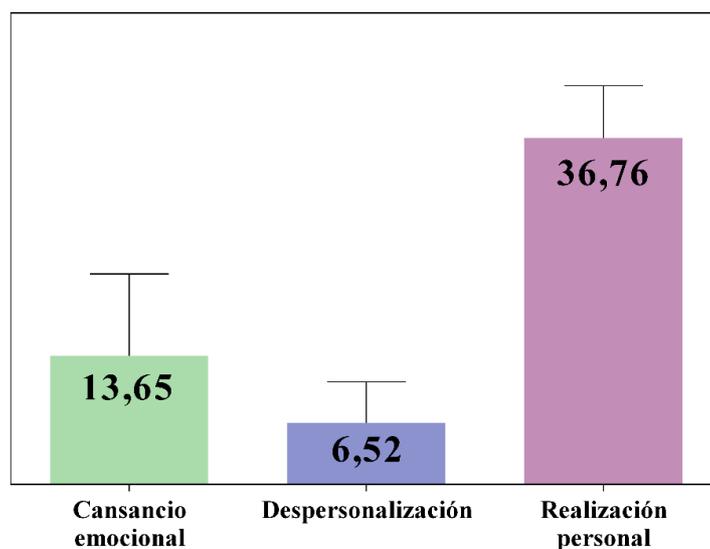


Figura 13. Media y desviación típica dimensiones del burnout.

Con respecto a la fiabilidad, el coeficiente alfa de Cronbach mostró unos valores superiores a 0,80 lo que indican una buena fiabilidad de la escala utilizada (*Tabla X*).

Dimensión	Mín. - Máx.	Media (DT)	Alfa de Cronbach
Cansancio emocional	2 - 43	13,65 (8,68)	0,809
Despersonalización	0 - 19	6,52 (4,36)	0,843
Realización personal	17 - 48	36,76 (5,53)	0,812

Tabla X. Descriptivo y fiabilidad dimensiones escala de Maslach para la muestra total (n = 71)

Una vez realizado el análisis descriptivo de las características demográficas, laborales, su opinión sobre si se siente valorados o no por diferentes agentes y de las dimensiones del burnout de la muestra, se realizó la comparación de las dimensiones del burnout para las variables demográficas y laborales consideradas, y entre los que se consideran valorados o no. A continuación, se muestran los resultados obtenidos.

5.1. Riesgo de Burnout.

A continuación se exponen de forma global los resultados de cada dimensión. En general, las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización presentan resultados bajos (76% y 49% respectivamente). En cambio, en cuanto a la dimensión realización personal, el 43% de la muestra presenta un riesgo medio de presentar Burnout, y casi el 27% un riesgo alto (*Tabla XI*).

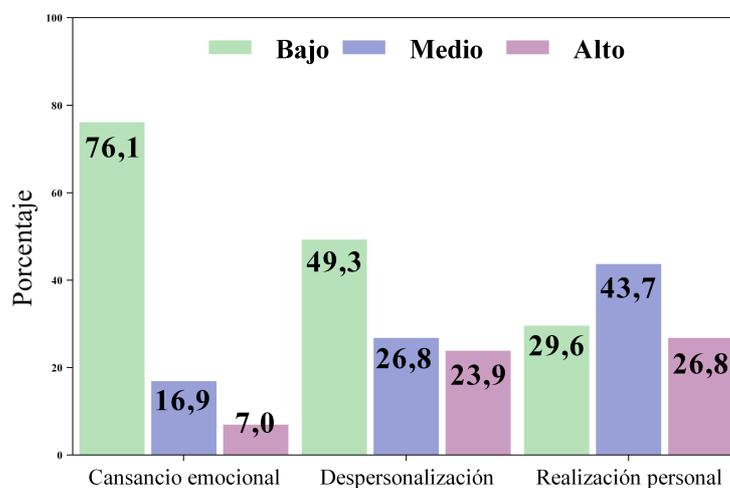
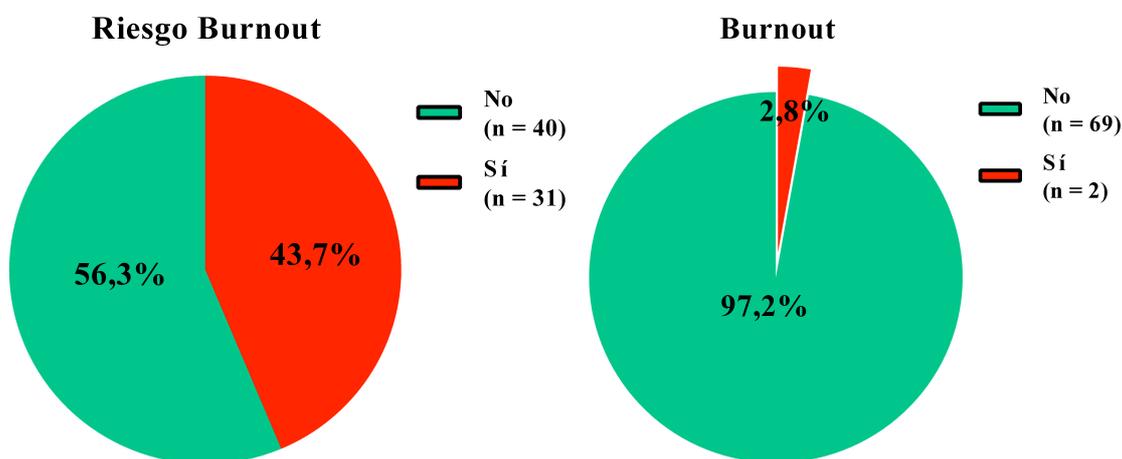


Tabla XI. Riesgo de Burnout según dimensiones

En el 43,7% de la muestra se observa a menos una de las 3 dimensiones alteradas (“riesgo de Burnout”), estando las 3 alteradas sólo en el 2,8% de la muestra (“burnout”).(Figuras 14 y 15).



Figuras 14 y 15. Riesgo de Burnout y burnout.

5.5. Características demográficas.

En la *Tabla XII* se muestra la media y desviación típica de las puntuaciones obtenidas en las dimensiones del Burnout según el sexo, así como el resultado de las pruebas t-Student realizadas para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en dichas dimensiones. La puntuación en cansancio emocional de las mujeres (16,14) fue significativamente superior con respecto a la de los hombres (11,93). En despersonalización y realización personal no se mostraron diferencias entre hombres y mujeres.

Dimensión, media (DT)	Sexo		Diferencia medias	Prueba t-Student	
	Hombre (n = 42)	Mujer (n = 29)		t(69)	P-valor
Cansancio emocional	11,93 (7,03)	16,14 (10,25)	-4,21	-2,055	0,044
Despersonalización	6,24 (4,57)	6,93 (4,07)	9,9	-0,656	0,514
Realización personal	37,33 (4,90)	35,93 (6,34)	-0,69	1,051	0,297

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

Prevalencia del Síndrome de Burnout y el riesgo en personal médico de un hospital del Servicio Murciano de Salud

Según el estado civil (*Tabla XIII*), no se mostraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de las dimensiones del Burnout entre solteros y casados.

Dimensión, media (DT)	Estado civil		Diferencia medias	Prueba t-Student	
	Casado (n = 51)	Soltero (n = 19)		t(69)	P-valor
Cansancio emocional	12,86 (8,17)	15,74 (10,05)	-2,88	-1,228	0,224
Despersonalización	6,27 (4,38)	7,16 (4,46)	9,47	-0,746	0,458
Realización personal	37,22 (5,96)	35,74 (4,21)	-0,89	0,991	0,325

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

En la *Tabla XIV* se observa que la puntuación en cansancio emocional de los médicos con hijos a su cargo (11,89) fue significativamente inferior con respecto a aquellos que no tienen hijos a su cargo (16,69). En despersonalización y realización personal no se mostraron diferencias entre las personas con hijos y sin hijos.

Dimensión, media (DT)	Hijos		Diferencia medias	Prueba t-Student	
	No (n = 26)	Sí (n = 45)		t(69)	P-valor
Cansancio emocional	16,69 (11,11)	11,89 (6,40)	4,8	2,316	0,024
Despersonalización	7,54 (4,72)	5,93 (4,08)	4,35	1,509	0,136
Realización personal	36,15 (4,85)	37,11 (5,92)	1,61	-0,7	0,486

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

Para determinar la posible relación entre la edad y las dimensiones del burnout, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson (r) cuyos resultados se muestra en la *Tabla XV*. Las puntuaciones de las dimensiones del Burnout no mostraron una relación estadísticamente significativa con la edad y, por tanto, la puntuación de las dimensiones es independiente de la edad de los facultativos.

Edad	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
r	-0,08	-0,01	0,042
p -valor	0,505	0,932	0,729

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

5.3. Características laborales.

Los especialistas en formación (MIR) presentaron una puntuación significativamente superior que los especialistas en cansancio emocional y despersonalización (*Tabla XVI*). En realización personal no se observó diferencia significativa entre especialistas y MIR.

Dimensión, media (DT)	Tipo		Diferencia medias	Prueba t-Student	
	Especialista (n = 63)	MIR (n = 8)		t(69)	P-valor
Cansancio emocional	12,05 (6,73)	26,25 (12,14)	-14,2	-5,073	< 0,001
Despersonalización	5,98 (4,13)	10,75 (3,99)	20,27	-3,086	0,003
Realización personal	37,14 (5,54)	33,75 (4,71)	-4,77	1,654	0,103

Tabla XVI. Descriptivo y comparación puntuaciones dimensiones del Burnout según tipo.

Por tipo de contrato (*Tabla XVII*), no se observó diferencias significativas en las puntuaciones de las dimensiones del Burnout entre los facultativos con contrato eventual y aquellos con contrato fijo.

Dimensión, media (DT)	Tipo contrato		Diferencia medias	Prueba t-Student	
	Eventual (n = 37)	Fijo (n = 34)		t(69)	P-valor
Cansancio emocional	14,14 (10,38)	13,12 (6,46)	1,02	0,491	0,625
Despersonalización	6,57 (4,48)	6,47 (4,29)	6,55	0,093	0,926
Realización personal	36,46 (4,36)	37,09 (6,63)	0,1	-0,476	0,636

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

No se observaron diferencias significativas en las puntuaciones de las dimensiones del Burnout entre los facultativos que no realizan guardias y los que sí las realizan (*Tabla XVIII*).

Dimensión, media (DT)	Guardias		Diferencia medias	Prueba t-Student	
	No (n = 3)	Sí (n = 68)		t(69)	P-valor
Cansancio emocional	14,67 (6,81)	13,6 (8,79)	1,07	0,206	0,837
Despersonalización	7 (5,29)	6,5 (4,36)	6,6	0,193	0,847
Realización personal	38 (9,17)	36,71 (5,42)	0,5	0,394	0,695

Tabla XVIII. Descriptivo y comparación puntuaciones dimensiones del Burnout según guardia.

Prevalencia del Síndrome de Burnout y el riesgo en personal médico de un hospital del Servicio Murciano de Salud

No se observaron diferencias significativas en las puntuaciones de las dimensiones del Burnout entre los facultativos que no tienen quirófano y los que sí tienen (*Tabla XIX*) ni entre los que consideran que tienen un número de pacientes adecuado y aquellos que consideran que tienen un número de pacientes excesivo (*Tabla XX*).

Dimensión, media (DT)	Quirófano		Diferencia medias	Prueba t-Student	
	No (n = 41)	Sí (n = 30)		t(69)	P-valor
Cansancio emocional	14,46 (9,80)	12,53 (6,85)	1,93	0,925	0,358
Despersonalización	6,51 (4,48)	6,53 (4,26)	6,02	-0,02	0,984
Realización personal	36,76 (5,83)	36,77 (5,20)	-0,02	-0,008	0,994

Tabla XIX. Descriptivo y comparación puntuaciones dimensiones del Burnout según quirófano.

Dimensión, media (DT)	Número de pacientes		Diferencia medias	Prueba t-Student	
	Adecuado (n = 31)	Excesivo (n = 40)		t(69)	P-valor
Cansancio emocional	13,26 (8,65)	13,95 (8,80)	-0,69	-0,331	0,742
Despersonalización	6,9 (5,15)	6,23 (3,68)	7,05	0,648	0,519
Realización personal	37,03 (6,58)	36,55 (4,65)	0,67	0,362	0,718

Tabla XX. Descriptivo y comparación puntuaciones dimensiones del Burnout según número de pacientes.

Las puntuaciones de las dimensiones del Burnout no mostraron una relación estadísticamente significativa con los años de experiencia ni con los años en el puesto actual (*Tabla XXI*).

	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
Años de experiencia			
<i>r</i>	-0,09	0,015	0,078
<i>p</i> -valor	0,453	0,899	0,517
Tiempo puesto actual			
<i>r</i>	-0,098	-0,174	-0,031
<i>p</i> -valor	0,419	0,147	0,798

Tabla XXI. Correlación entre los años de experiencia y tiempo puesto actual con las puntuaciones en las dimensiones del Burnout.

5.4. Percepción de valoración

Según la consideración de si se sienten valorados o no por sus pacientes y los familiares de sus pacientes (*Tabla XXII*), compañeros (*Tabla XXIII*) y superiores (*Tabla XXIV*), no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones del Burnout entre los que no se sienten valorados por sus familiares, compañeros y superiores y aquellos que sí se sienten valorados.

Dimensión, media (DT)	Pacientes y Familiares		Diferencia medias	Prueba t-Student	
	No (n = 4)	Sí (n = 67)		t(69)	P-valor
Cansancio emocional	17,75 (11,70)	13,4 (8,52)	4,35	0,973	0,334
Despersonalización	8,75 (3,86)	6,39 (4,38)	4,65	1,054	0,296
Realización personal	35 (3,92)	36,87 (5,62)	2,36	-0,652	0,516

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

Dimensión, media (DT)	Compañeros		Diferencia medias	Prueba t-Student	
	No (n = 4)	Sí (n = 67)		t(69)	P-valor
Cansancio emocional	16,25 (6,24)	13,49 (8,81)	2,76	0,615	0,541
Despersonalización	9 (2,00)	6,37 (4,42)	4,49	1,174	0,244
Realización personal	34,75 (4,43)	36,88 (5,60)	2,63	-0,746	0,458

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

Dimensión, media (DT)	Superiores		Diferencia medias	Prueba t-Student	
	No (n = 13)	Sí (n = 58)		t(69)	P-valor
Cansancio emocional	15,92 (7,75)	13,14 (8,85)	2,78	1,047	0,299
Despersonalización	5,77 (3,00)	6,69 (4,61)	7,37	-0,686	0,495
Realización personal	35,85 (4,43)	36,97 (5,76)	-0,92	-0,657	0,514

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

En la *Tabla XXV* se muestra el coeficiente de correlación de Pearson entre los diferentes aspectos personales y las dimensiones del Burnout. Las dimensiones del Burnout mostraron una relación significativa con la valoración de la experiencia profesional de forma que, a mayor valoración de la experiencia profesional menor cansancio emocional y despersonalización y mayor realización personal. El grado de optimismo mostró una relación

Prevalencia del Síndrome de Burnout y el riesgo en personal médico de un hospital del Servicio Murciano de Salud

significativa con el cansancio emocional, de forma que a mayor optimismo menor cansancio emocional. Por último, a mayor valoración de la situación económica mayor realización personal.

	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
Experiencia profesional			
<i>R</i>	-0,606	-0,428	0,481
<i>p</i> -valor	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Grado de optimismo			
<i>R</i>	-0,371	-0,199	0,221
<i>p</i> -valor	0,001	0,096	0,064
Situación económica			
<i>R</i>	-0,056	-0,013	0,256
<i>p</i> -valor	0,641	0,912	0,031

Tabla XXV. Burnout y percepción personal.



6. DISCUSIÓN.

En el presente trabajo se obtuvieron tasas de riesgo de Burnout del 43,7% (al menos una dimensión alterada), pero sin embargo la prevalencia de este síndrome sólo se vio en el 2,8% de la muestra, al contrario que en otras series de estudios similares que denotan hasta un 14% de prevalencia de Burnout^{27,32}.

Al igual que otros estudios, se han obtenidos valores estadísticamente significativos a favor de que en las mujeres se obtienen mayores valores en la dimensión de cansancio emocional con respecto a los hombres²⁹, no encontrando diferencias en las otras dimensiones.

Tampoco encontramos diferencias significativas a la hora de tener mayor posibilidad de sufrir Burnout según el estado civil^{32,33}, aunque este es un tema controvertido en la literatura estudiada.

Se han observado menores tasas de cansancio emocional en los sujetos que tienen hijos y conviven con ellos, al igual que en la bibliografía general³².

Por el contrario, en el presente estudio no se han observado correlación entre la edad y el Burnout, al igual que en la mayoría de estudios, los cuales no consideran la edad un factor influyente por sí misma, aunque se considera que puede existir un periodo de sensibilización, considerándose más vulnerables a los profesionales en formación, ya que es cuando se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana²⁹, y esto mismo se ha observado en la muestra a estudio, objetivándose una mayor tasa de cansancio emocional en los MIR. Además, en el presente estudio también se han observado puntuaciones más altas en la dimensión despersonalización, aunque no se ha encontrado este resultado en la literatura revisada.

En cuanto si el contrato es fijo o indefinido no ha habido muchos estudios que hayan tenido esta variable en cuenta a la hora de estudiar el posible desarrollo de Burnout, y tampoco el presente estudio ha encontrado diferencias significativas. Al igual que tampoco se ha visto mayor incidencia de Burnout en los profesionales que realizan actividad quirúrgica y los que no.

En los trabajos revisados, suele haber cierto consenso en que a mayor sobrecarga laboral, hay un incremento en el agotamiento emocional³⁷, aunque nosotros no hemos encontrado diferencias significativas.

Tampoco se han observado diferencias para el desarrollo del síndrome de Burnout según los años de experiencia laboral ni los años ocupando el actual puesto de trabajo, ni

tampoco con la percepción por el sujeto de la valoración que los demás sienten hacia él (pacientes, familiares de pacientes, compañeros y superiores).

Donde sí se han observado diferencias estadísticamente significativas es en la valoración de la propia experiencia profesional, obteniendo resultados menores en cansancio emocional y despersonalización, y mayores en realización personal los que tenían una mejor valoración de la propia experiencia profesional. Esta variable en sí misma no se ha encontrado en la literatura estudiada del mismo modo que se ha hecho en el presente trabajo, pero sí se observa que cuanto mejor es el clima laboral y la satisfacción laboral, menor es el estrés¹.

Y por último, se ha observado menor tasa de cansancio emocional en los profesionales que mejor valoraban el grado de optimismo que sentían, y mayor realización personal en los que mejor consideraban su situación económica, aunque esto último no está demostrado en la literatura²⁸.



7. CONCLUSIONES.

Los resultados del presente estudio denotan una prevalencia de Burnout menor que en la literatura estudiada, pero en cambio, un elevado riesgo de poder llegar a sufrir éste síndrome (43,7%), por lo que podemos concluir que es necesario elaborar e instaurar programas de prevención de su desarrollo.

Hemos encontrado mayores alteraciones en la dimensión cansancio emocional en las mujeres con respecto a los hombres, en los sujetos sin hijos, en los especialistas en formación, y entre los que peor valoran su experiencia profesional y menor grado de optimismo tienen.

La dimensión despersonalización se ha observado más elevada en los profesionales en formación y en los que peor valoraban su experiencia profesional.

Y se han encontrado mejores tasas de realización personal entre aquellos que mejor valoran su experiencia profesional y mejor consideraban su situación económica.

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

Las intervenciones que podríamos recomendar para los facultativos sanitarios médicos podrían ser:

- Programas de entrenamiento en habilidades personales y psicosociales.
- realizar una correcta formación en habilidades de comunicación y en el desarrollo de respuestas empáticas.
- Implantar programas de formación continua y reciclaje.
- Definir claramente la jerarquía, las normas y las tareas del entorno laboral.
- Enseñar al personal a hacer una clara distinción entre la vida laboral y la personal.
- Usar el humor con pacientes y otros profesionales.
- Participar en grupos de apoyo para el personal sanitario en los que se pueda plantear y discutir situaciones estresantes, compartir experiencias similares y recibir apoyo emocional.
- Practicar técnicas de relajación y meditación.
- Trabajar en equipo e introducir innovaciones en la rutina diaria.

Prevalencia del Síndrome de Burnout y el riesgo en personal médico de un hospital del
Servicio Murciano de Salud

- Reducir las horas de actividades estresantes en la medida de lo posible.
- Discutir los problemas con los compañeros de trabajo.
- Emplear técnicas de resolución de problemas ante situaciones conflictivas.
- Compartir problemas laborales con la familia.
- Tener autonomía en el trabajo.
- Recibir supervisión, feedback del rendimiento profesional y reconocimiento por el trabajo realizado adecuadamente.
- Compartir la responsabilidad del cuidado del paciente.



8. BIBIOGRAFÍA.

1. Moreno Toledo Á. Burnout Asistencial: Identificación, Prevención y Mediación en Factores Precipitantes. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2007 Marzo; 10(1).
2. Maslach C, B. Schaufeli W. Historical and conceptual development of burnout. En B. Schaufeli W, editor. Professional burnout:Recentdevelopments in theory and research. 1993; 1-16.
3. Martínez Pérez A. El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. 2010 septiembre;(112).
4. Ortega Ruíz C, López Ríos F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. Int J ClinHealthPsychol. 2004; 4(1): 137-160.
5. De la Gándara Martín J. Estrés y trabajo. El síndrome de burnout. 1a ed. Madrid: Cauce Editorial; 1998.
6. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. 1a ed. Madrid: Pirámide; 2005.
7. Garzás Cejudo EM, García Gómez-Carballo DM. Síndrome de burnout. En: Organización, gestión y prevención de riesgos laborales en el medio sanitario. Jaén: Formación Alcalá; 2009. p. 405-421.
8. Gil-Monte PR, Moreno-Jiménez B. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Grupos profesionales de riesgo. 1a ed. Madrid: Pirámide; 2007.
9. Freudenberger HJ. StaffBurn-out. J SocIssues. 1974; 30: 159-165.
10. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. Manual. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1981.

11. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory manual. 3ªed. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press; 1996.
12. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *AnnualRevPsychol.* 2001; 52 (1): 397-422.
13. Thomaé MNV, Ayala EA, Sphan MS, Stortti MA. Etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina.* 2006;153:18-21.
14. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev. Esp. Salud Pública [revista en Internet].* 2004 [consulta 15 mayo 2014];
15. Gil-Monte, PR. (2006). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Factores antecedentes y consecuentes. En Gil-Monte PR, Salanova M, Aragón J L, Schaufeli W (Compiladores), Jornada “El Síndrome de quemarse por el trabajo en Servicios Sociales” Valencia: Diputación de Valencia; 2006.
16. Gil-Monte, PR, Peiró J M. *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse.* Madrid: Síntesis; 1997.
17. Martínez A. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia.* 2010. [consulta 8 Marzo 2014];.
18. Párraga JM. Eficacia del programa i.r.i.s. para reducir el síndrome de burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios [tesis doctoral]. Cáceres: Universidad de Extremadura; 2005.
19. Carlotto MS, Gobbi MD. Desempleo y Síndrome de Burnout. *Revista de Psicología.* 2001; 10(1).
20. Rubio Jiménez JC. Fuentes de estrés, Síndrome de Burnout y Actitudes disfuncionales en Orientadores de Institutos de Enseñanza Secundaria [tesis doctoral]. Badajoz:

Universidad de Extremadura; 2003.

21. Bernaldo de Quirós-Aragón M, Labrador-Encinas FJ. Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencias extrahospitalarias. *Int J Clin Health Psychol.* 2007; 7(2): 323-35.
22. Gómez Pérez L. Crisis personal docente: más que estrés. En Generalitat V, editor. *Prevención del estrés profesional docente.* Valencia. 2000; 104-6.
23. Gil Monte P. Cómo evaluar y prevenir el síndrome de quemarse por el trabajo. *Gestión práctica de Riesgos Laborales.* 2007; (24): 44.
24. Gil Monte P. El Síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Revista Psicología Científica.* 2007, 3 (5).
25. Ley General de la Seguridad Social. Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de junio. *Boletín Oficial del Estado,* no154, (29-07-1994).
26. Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco. 2 de noviembre de 1999.
27. Chiang MM, Sigoña M. burnout en trabajadores de hospitales comunitarios o de baja complejidad: una comparación de género y de nivel de escolaridad. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile.* 2011 junio; 20(1): 33-52.
28. Apiquian Guitart A. El síndrome de burnout en las empresas. En Tercer Congreso de Escuelas de Psicología de las Universidades Red Anáhuac. Mérida; 2007; Yucatán.
29. Atance Martínez JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Publica.* 1997 mayo/junio; 71(3).
30. Maslach C, Jackson SE. The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles.* 1985; 12(7-8): 837-51.
31. Gil-Monte PR. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de

quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología en Estudio*. 2002 junio/julio; 7(1).

32. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Rev Esp Salud Pública*. 2009 marzo/abril; 83(2): 215-30.
33. Caballero Martín MA, Bernejo Fernández F, Nieto Gómez R, Caballero Martínez F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*. 2001 marzo; 27(5).
34. Van Servellen G, Leake B. Burn-out hospital nurses: a comparison of acquired immunodeficiency syndrome, oncology, general medial and intensive care unit nurses simples. *J Prof Nurs*. 1993 mayo/junio; 9(3): 169-77.
35. Mohemmadporasl A, Maleki A, Sahebihagh MH. Prevalencia de desgaste profesional y sus factores asociados, en las enfermeras de Tabriz en 2010. *J Nursing Partería Res*. 2012 noviembre-diciembre; 17(7): 524-9.
36. García M. Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 1991; 7: 3-12.
37. Arias F, Barboza N, Blanco J, Fajardo E, Rivera R, Rodríguez S, et al. Síndrome del desgaste profesional o de burnout en el personal de enfermería. *Revista de enfermería actual en Costa Rica*. 2007/2008 octubre/marzo; (13).
38. Failde Garrido JM, Carballo Bouzas JA, Lameiras Fernández M, Rodríguez Castro Y. Personalidad resistente, calidad de vida y burnout en profesionales de la salud de centros gerontológicos. *Salud y Ciencia*. 2013; 19: 599-606.
39. Menezes de Lucena Carvalho VA, Fernández Calvo B, Hernández Martín L, Ramos Campos F, Contador Castillo I. Resiliencia y el modelo de Burnout-Engagemen en cuidadores formales de ancianos. *Psicotherma*. 2006; 18(4): 791-6.

40. Serrano Parra MD, Garrido Abejar M, Notario Pacheco B, Bartolomé Gutiérrez R, Solera Martínez M, Martínez Vizcaíno V. Validez de la escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) entre una población de mayores entre 60 y 75 años. *Int J Psicol. Res.* 2012; 5(2): 49-57.





9. ANEXOS.

ANEXO I (hoja de recogida de datos)

RECOGIDA DE DATOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	
Edad:	Sexo:
Estado civil: <input type="checkbox"/> soltero/a <input type="checkbox"/> casado/a <input type="checkbox"/> divorciado/a <input type="checkbox"/> viudo/a	
Nº de hijos:	
CARACTERÍSTICAS PROFESIONALES	
<input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> MIR	
Especialidad médica:	
Tipo de contrato: <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Eventual	
Años de ejercicio profesional:	Tiempo en el puesto actual:
Realiza guardias: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Realiza actividad quirúrgica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Baja laboral en el último año: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
OTRAS CARACTERÍSTICAS	
El número de pacientes que atiende lo considera: <input type="checkbox"/> insuficiente <input type="checkbox"/> adecuado <input type="checkbox"/> excesivo	
En su vida laboral se siente valorado por:	
• sus pacientes y familiares	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
• sus compañeros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
• sus superiores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Valoración global de su experiencia profesional (de 1 “nada satisfactoria” a 10 “muy satisfactoria”):	
Valoración de su grado de optimismo (de 1 “nada optimista” a 10 “muy optimista”):	
Valoración de su situación económica (de 1 “nada satisfactoria” a 10 “muy satisfactoria”):	

ANEXO II (Cuestionario de Maslach)

CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORI

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que se siente los enunciados:

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

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que 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	

ANEXO III. (Hoja de consentimiento informado)

Hoja de consentimiento informado

En los cuestionarios que se le presentan, se recogerán algunos datos personales e información acerca de su bienestar personal, sus actitudes personales hacia su profesión y su satisfacción en relación a su puesto de trabajo. Estos datos serán tratados en conjunto con las respuestas de los demás participantes, lo que garantiza que su privacidad no podrá ser identificada, así como la total confidencialidad.

Por ello, solicitamos su colaboración mediante la cumplimentación de una hoja de recogida de datos y un cuestionario.

Yo (nombre y apellidos):

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

Acepto participar en este proyecto de forma voluntaria y con conocimiento del mismo, a partir de las siguientes condiciones:

- En cualquier momento puedo abandonar el proyecto sin que me perjudique.
- Mis datos personales no aparecerán de forma que puedan identificarme.
- Doy mi conformidad para participar en el estudio, así como mi consentimiento para el acceso y uso de mis datos personales en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Por lo que, a continuación, firmo el acuerdo de participación.

Nombre y firma del profesional sanitario:

Nombre y firma del Investigador:

En Murcia, a __ de _____ de 2017

