

Universidad Miguel Hernández



**MASTER UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS
LABORALES.**

Proyecto de Trabajo de Fin de Máster

**“SÍNDROME DE ESTAR QUEMADO POR EL TRABAJO EN EL CENTRO
QUIRÚRGICO DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO”.**

Tutora: Susana Jiménez Moreno.

Alumna: Caridad Greta Castillo Monzón

Curso académico 2017/18

RESUMEN

Introducción

El síndrome de estar quemado en el trabajo desde 1984 viene siendo catalogado por la Organización Mundial de la Salud como enfermedad laboral. Esta patología se presenta fundamentalmente asociada a unas condiciones adversas producidas por el trabajo y no por alteraciones en la personalidad del individuo.

Finalidad

Este estudio descriptivo transversal tuvo como objetivo general, investigar la prevalencia del síndrome de estar quemado por el trabajo entre el personal sanitario (médicos, enfermería) del centro quirúrgico de un Hospitalario Universitario, aplicando el cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT). Fueron objetivos específicos: determinar la prevalencia del SQT asociado a características demográficas: sexo, edad, estado civil del personal sanitario y determinar la asociación entre el SQT y las características laborales: categoría profesional, antigüedad profesional y situación laboral.

Resultados

El 5,6% de toda la población estudiada presentó el SQT. El 4,2% en el personal médico y del 2,1% en el personal de enfermería. Ninguna de las variables estudiadas, sexo, edad, estado civil, categoría profesional, situación laboral ni tiempo de servicio mostró una implicación directa con el síndrome de estar quemado por el trabajo en el grupo con niveles críticos del CESQT. El nivel crítico de SQT se asoció a un perfil 1, sin sentimiento de culpa.

Principales conclusiones

La prevalencia del SQT evaluado con el CESQT en un Hospital General Universitario fue del 5,6% en toda la población estudiada. Las características demográficas y personales del trabajador no se asociaron al riesgo de presentar el síndrome de Burnout. Es necesario implementar medidas organizacionales, interpersonales e individuales para evitar el estrés laboral.

Palabras clave: Síndrome de Burnout. Síndrome de estar quemado por el trabajo. Personal de salud.

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Relación de variables y los ítems que evalúan.

Tabla 2. Puntos de corte para interpretar las puntuaciones del CESQT

Tabla 3. Características del grupo estudiado.

Tabla 4 Estadística descriptiva de las escalas del CESQT calculada con la muestra total.....

Tabla 5. CESQT calculado en la muestra total.

Tabla 6. CESQT calculado en la muestra total y por sexo.

Tabla 7. CESQT calculado en la muestra total y por rango de edades.

Tabla 8. CESQT calculado en la muestra total y por estado civil.

Tabla 9. CESQT calculado en la muestra total y por categoría profesional.

Tabla 10. CESQT calculado en la muestra total y por situación laboral.

Tabla 11. CESQT calculado en la muestra total y por tiempo de servicio.

Tabla 12. CESQT asociado al perfil 1 y perfil 2.

INDICE DE GRAFICO

Figura 1. Tendencia de los niveles del CESQT.



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

D^a **SUSANA JIMÉNEZ MORENO**, Tutora del Trabajo Fin de Máster, titulado
"SINDROME DE ESTAR QUEMADO POR EL TRABAJO EN EL CENTRO
QUIRURGICO DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO" y realizado por el estudiante
D^a **CARIDAD GRETA CASTILLO MONZÓN**

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

Fecha de la autorización: 30 DE MAYO DE 2018

Fdo.: SUSANA JIMÉNEZ MORENO
Tutor TFM

ÍNDICE

1. Justificación.....	7
2. Introducción.....	8
2.1. Antecedentes en el estudio del SQT	8
2.2. Prevalencia del Síndrome de Burnout:.....	9
2.3. Dimensiones del SQT	10
2.4. Fases del proceso del SQT.....	11
2.5. Factores desencadenantes de Burnout	12
2.6. Manifestaciones Clínicas	14
2.7. Estudios y metaanálisis sobre el Síndrome de Burnout	15
2.8. Consecuencias para la organización y para el trabajador	17
2.9. Evaluación, instrumentos de medida y metodología	20
2.10. ¿Cómo se diferencia entre el síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) y el Mobbing?.....	27
2.11. ¿Cuál es la diferencia entre estrés y SQT?	28
2.12. Marco legal y jurisprudencia.....	29
2.12.1. ¿El SQT es una enfermedad laboral o un accidente laboral?	30
2.12.2. ¿Todos los individuos que presenten síntomas de SQT deben ser tipificados como accidentes de trabajo?	30
2.13. Medidas preventivas ante el burnout.....	31
2.13.1. Medidas preventivas a nivel organizativo	31
2.13.2. Medidas preventivas a nivel interpersonal:.....	32
2.13.3. Medidas preventivas a nivel individual	32

2.14.	Estrategias para controlar la presencia de un SQT	34
3.	Objetivos.....	36
3.1.	Objetivo general.....	36
3.2.	Objetivos específicos.....	36
4.	Material y método.....	37
4.1.	Consideraciones generales.....	37
4.1.1.	Tipo de investigación.....	37
4.1.2.	Ámbito de estudio.....	37
4.1.3.	Ámbito temporal.....	37
4.1.4.	Aspectos éticos.....	37
4.2.	Sujetos de estudio.....	37
4.3.	Variables de estudio.....	37
4.3.1.	Variable principal.....	37
4.4.	Desarrollo del estudio.....	38
4.5.	Análisis estadístico.....	39
5.	Resultados.....	40
6.	Discusión.....	51
7.	Conclusiones generales.....	58
8.	Referencias bibliográficas.....	59
9.	Bibliografía.....	65
10.	Anexos.....	66
10.1.	Anexo 1: Informe del Comité de ética y de Investigación clínica.....	66
10.2.	Anexo 2: Hoja de obtención de datos del estudio.....	66
10.3.	Anexo 3: Baremo para personal sanitario.....	66

1. Justificación.

Por ley hay que proteger el derecho a la salud del trabajador y lo dice la constitución española y la ley de prevención de riesgos laborales. Por ello es necesario estudiar el síndrome de estar quemado por el trabajo (SQT) o Burnout en las diferentes organizaciones. Si los trabajadores de una empresa tienen salud y no trabajan en condiciones de estrés, esta será más competitiva y eficaz, lo contrario va a repercutir negativamente. Todo trabajador sea o no sanitario necesita sentirse que forma parte de la empresa y que su trabajo es reconocido y valorado por la sociedad. Las consecuencias económicas de este síndrome son grandes para la sociedad y está alcanzando niveles epidémicos en el sistema sanitario. La anestesiología es una de las ramas médicas más completas y estresantes porque se ve asociada a escenarios de vida o muerte. El anestesiólogo trata a un paciente como un todo, debe conocer absolutamente todos los aspectos anatómicos, farmacológicos y fisiopatológicos asociados para poder manejar adecuadamente a cada uno de los pacientes que atiende. Por otro lado, el trabajo en un centro quirúrgico suele ser agotador por la exigencia de producción y disminución de tiempo muerto, por lo que el personal que trabaja en estas áreas debe ser formado en estricto para esta actividad, como es el caso de enfermería, por el gran número de especialidades quirúrgicas existentes. Por todo ello se necesita un entorno de apoyo y colaboración para sobrellevar la dinámica que impone una programación ajustada a una producción del 100% por quirófano.

Todo ello motivó a realizar esta investigación en el centro quirúrgico de un Hospital General Universitario. Dado que no se había realizado un estudio similar previamente en la institución, los resultados de la evaluación sentaría el primer precedente del problema asociado a la actividad laboral. Conociendo la dimensión del problema se puede actuar en la fuente del problema.

2. Introducción

El síndrome de Burnout es consecuencia del agotamiento asociado al trabajo. Es una patología que se produce por la confluencia de unas determinadas condiciones psicosociales nocivas en un ambiente de trabajo. Puede pasar desapercibido hasta que finalmente deriva en severas consecuencias en el trabajador afectado. La mejor denominación de este proceso de daño a la salud es “síndrome de estar quemado por el trabajo” y hay que distinguir este fenómeno de otros como, la ansiedad, el estrés, la fatiga o el desgaste emocional, etc.

Es por todos conocidos que las condiciones de trabajo influyen en forma importante en la salud de los trabajadores y en consecuencia, sobre la calidad de atención que ofrecen las empresas u organizaciones.

De los modelos que explican los aspectos psicosociales del SQT, el que más se ajusta al contexto técnico y legal de la prevención de riesgos son los modelos derivados de la teoría organizacional. Estos enfatizan la importancia de los estresores que existen en la organización y las estrategias empleadas para afrontar la experiencia negativa. Desde este enfoque el SQT es una respuesta a las fuentes de estrés crónico que se originan en la interrelación entre cliente-profesional y/o profesional-organización ¹.

2.1. Antecedentes en el estudio del SQT

En 1974, Herbert Freudenberger, psiquiatra americano describió por primera vez esta patología. Lo definió como “una sensación de fracaso y una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”.

En 1976, Cristina Maslach estudió lo que denomina “pérdida de responsabilidad profesional” manifestando que se puede dar exclusivamente en las profesiones en las cuales hay contacto con personas como las profesiones sanitarias. Siendo las demandas emocionales externas e internas del demandante de atención las

que producen la sensación de fracaso personal ¹. Maslach y Jackson en 1986, definen el SQT como “un síndrome de despersonalización, agotamiento emocional, y baja realización personal, que puede presentar entre individuos que trabaja con personas”. En los primeros estudios predominaba más la personalidad previa que la influencia de las condiciones objetivas de trabajo ².

Pines y Aronson en 1988, proponen una explicación más amplia y no restringida a las profesiones de ayuda, ellos expresan que el SQT, “Es el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones con demandas emocionales”. Las excesivas demandas psicológicas pueden darse también en otros ámbitos laborales, no solo se dan en los trabajos que atienden directamente al público, como por ejemplo en puestos directivos, en la política, etc.

Brill, entiende el SQT como una alteración psicopatológica significativa en un trabajador que no padece enfermedad y cuya condición solo está relacionada con el trabajo. Y que no lograra recuperar la salud cuando ya esté afectado si no hay una intervención que produzca cambio de la situación que motivo la patología, este cambio puede ser mediante un reajuste laboral.

Algunos autores sugieren la posibilidad de que el SQT puede presentarse de forma colectiva, es decir se puede producir por contagio. Esto podría explicar los altos porcentajes que a menudo se observan en los estudios colectivos.

Desde 1984 está catalogado por la OMS como una enfermedad laboral. En Polonia en 1990 se realizó la primera Conferencia Europea sobre síndrome de Burnout

2.2. Prevalencia del Síndrome de Burnout:

La prevalencia de esta patología, varía de unos estudios a otros. En algunos estudios se han obtenido porcentajes que van del 10 al 50% Aplicando criterios más conservadores, en Holanda se estimó que entre el 4% y el 7% de la población podrían sufrir niveles graves de SQT. Porcentajes cercanos al 7% se han estimado en Suecia. Se estima que los casos graves de SQT en la clase trabajadora en Finlandia se sitúan sobre el 2,4%. En estudios realizados en España se han obtenido porcentajes similares (Gil-Monte 2009).

No se establecen claras diferencias significativas en relación al sexo de los afectados en diferentes estudios. Aunque en algunos encuentran que predomina en hombres y en otros que predomina en mujeres. En cuanto a la edad, por causas diversas, se dan más casos en el intervalo de 30 a 50 años.

La mayor parte de estudios se han centrado en colectivos específicos como profesionales sanitarios, servicios sociales, maestros, fuerzas de seguridad, funcionarios de prisiones, etc. (profesiones que tienen un contacto directo con las personas que son los beneficiarios del propio trabajo) de trabajadores afectados. Por otro lado este síndrome no es exclusivo de las profesiones del sector servicios, existen también estudios en vendedores, deportistas, ingenieros, técnicos, directores, supervisores, secretarios etc. Los porcentajes encontrados de prevalencia indican la magnitud del problema, como es una situación disfuncional no por tener un porcentaje bajo estamos mejor, simplemente no debería presentarse porque va a llevar a una situación nociva con un trabajador que va a disminuir la calidad de la organización.

2.3. Dimensiones del SQT

- 1º Agotamiento emocional: el trabajador siente que no puede dar más a nivel afectivo a las personas que tiene que atender.
- 2º Sensación de baja realización personal: Los profesionales tienden a evaluarse negativamente lo que afecta su habilidad en la ejecución de su trabajo y también afecta su relación con las personas a las que debe atender. Hay descontento e insatisfacción con lo que hace.
- 3º Despersonalización: el trabajador tiene actitudes y conductas de cinismo, negativas hacia las personas objeto del trabajo. El usuario lo percibe como deshumanizado y duro.

Subtipos de Burnout:

- Son el frenético, el cual está continuamente trabajando para llegar a satisfacer los objetivos de la empresa y dirección.
- El pasivo, que no actúa “nada puedo hacer” y
- El maltratado.

2.4. Fases del proceso del SQT

Hay cinco fases destacan cuando se desarrolla el SQT ¹, que tiene un carácter cíclico. Se puede repetir en el mismo trabajo o en diferentes y producirse en diferentes momentos de la vida del trabajador.

a) En la fase inicial, hay entusiasmo

Al iniciar una nueva actividad o un nuevo puesto de trabajo hay entusiasmo, se siente gran energía, todo es positivismo y no le importa al trabajador que la jornada laboral se prolongue.

b) Una segunda fase de estancamiento

Se presenta un desequilibrio entre el esfuerzo realizado y la valoración del trabajo. No se cumplen las expectativas profesionales.

El profesional se siente incapaz para dar una respuesta eficaz.

c) Una tercera fase de frustración

Hay frustración, desmoralización o desilusión en el individuo. No encuentra sentido en el trabajo, esta irritable, provoca conflictos en el grupo de trabajo. Aparecen problemas emocionales, conductuales, fisiológicos y su salud puede empezar a fallar.

d) Una cuarta fase de apatía

En la cuarta fase hay un afrontamiento defensivo y se suceden una serie de cambios de actitud. Trata a los pacientes o clientes en forma distanciada y de forma mecánica, como mecanismos de defensa

e) Una quinta fase de sentirse quemado

Fundamentalmente hay un colapso cognitivo y emocional con resultados negativos para la salud. Todo ello puede obligar al trabajador a dejar el empleo y llevarle a una vida profesional de insatisfacción y frustración.

2.5. Factores desencadenantes de Burnout

El entorno laboral y en las condiciones de trabajo da origen del SQT, por la presencia de factores de riesgo en el área psicosocial, expresado como estrés negativo.

VARIABLES A CONSIDERARSE COMO DESENCADENANTES:

- El aumento de la carga de trabajo,
- La falta de control en su trabajo y la falta de autonomía,
- La ambigüedad en el rol y conflictos en su actividad.
- Las malas relaciones en el trabajo,
- La falta de apoyo social,
- La no formación para desempeñar las tareas,
- El desequilibrio entre responsabilidad-recursos-autonomía, etc.,

Puede dar lugar cuando se produce en trabajos en los que su contenido tiene unas demandas emocionales importantes y de prestación de servicios humanos, a la aparición de un proceso de estrés crónico que produce un daño para la salud del trabajador¹.

El origen del SQT se sitúa en el entorno de trabajo, en las demandas de interacción que se producen fundamentalmente con los clientes o pacientes de la organización. Los síntomas del SQT van a aparecer cuando las exigencias del trabajo sean excesivas y llevan a una alteración en el aspecto cognitivo y emocional, generando las condiciones propicias para que las fuentes de estrés actúen y produciendo en el individuo la sintomatología del SQT. Por esa razón los profesionales que trabajan con personas son los colectivos en riesgo.

No siendo causa de riesgo las características personales del trabajador. En la NTP 704¹, clasifican los grupos estresores susceptibles de desencadenar este síndrome, en:

a) Factores de riesgo a nivel organización:

- Estructura de la organización muy jerarquizada y rígida
- Falta de apoyo instrumental por parte de la organización
- Exceso de burocracia, "burocracia profesionalizada"
- Falta de participación de los trabajadores
- Falta de coordinación entre las unidades
- Falta de formación práctica a los trabajadores en nuevas tecnologías
- Falta de refuerzo o recompensa
- Falta de desarrollo profesional
- Relaciones conflictivas en la organización
- Estilo de dirección inadecuado
- Desigualdad percibida en la gestión de los RRHH

b) Factores de riesgo relativos al diseño del puesto de trabajo.

- Sobrecarga de trabajo, exigencias emocionales en la interacción con el cliente
- Descompensación entre responsabilidad y autonomía
- Falta de tiempo para la atención del usuario (paciente, cliente, subordinado, etc.)
- Disfunciones de rol: conflicto-ambigüedad- sobrecarga de rol
- Carga emocional excesiva
- Falta de control de los resultados de la tarea
- Falta de apoyo social

- Tareas inacabadas que no tienen fin
 - Poca autonomía decisional
 - Estresores económicos
 - Insatisfacción en el trabajo
- c) Factores de riesgo relativos a las relaciones interpersonales.
- Trato con usuarios difíciles o problemáticos
 - Relaciones conflictivas con clientes
 - Negativa dinámica de trabajo
 - Relaciones tensas, competitivas, con conflictos entre compañeros y con usuarios
 - Falta de apoyo social
 - No colaboración entre compañeros en tareas complementarias
 - Contagio social del SQT
 - No reciprocidad en los intercambios sociales

Se han estudiado diversos rasgos de la personalidad, como el optimismo, la autoestima, la afectividad, o factores hereditarios entre los factores individuales relacionados con un menor desgaste profesional ³.

2.6. Manifestaciones Clínicas

Sus manifestaciones clínicas son:

- Alteraciones del estado de ánimo
- Alteraciones metabólicas y
- Alteraciones cardiovasculares.

Más de 100 síntomas han sido descritos en relación a este síndrome, el cual afecta el área cognitiva, las actitudes, emociones y al sistema fisiológico. Cuando los síntomas se hacen crónicos tienden a intensificarse y degeneran hacia cuadros más graves, si no se toman las medidas correctivas

4.

Como consecuencia de una exposición a factores de riesgo que producen un SQT, aparecen los siguientes síntomas en el individuo afectado, los cuales pueden ser de diferente grado:

- Ansiedad en un 80%
- Indiferencia 22%

Se ha relacionado a ansiedad, fatiga, irritación, tristeza, dificultad de concentración, inadecuación, depresión, impotencia, inquietud, frustración, incompetencia, sentimientos de culpa, excesivas horas de trabajo, poca realización personal, disminución de la motivación, disminución de interés por el trabajo, sentimiento de inutilidad, negatividad, disminución de intereses extra laborales e indiferencia.

Dependiendo de los signos y síntomas y su severidad se han considerado varios grados de afección ⁵.

En el grado 1: clínica de agotamiento emocional que desaparecen con hobbies o distracciones.

En el grado 2: síntomas más constantes y que cuesta más sobreponerse a ellos. Las personas se vuelven negativas y frías con compañeros y pacientes. La preocupación en relación a la efectividad se vuelve el centro de su atención,

En el grado 3: síntomas constantes, problemas psicológicos y físicos, llegando incluso a la depresión, hay aislamiento y aumentan los problemas familiares.

2.7. Estudios y metaanálisis sobre el Síndrome de Burnout

Este síndrome es muy prevalente entre las profesiones del área sanitaria. Los resultados de una encuesta realizada en Cataluña en 1095 profesionales sanitarios de cinco hospitales mostraron que presentaba un alto nivel de agotamiento emocional, despersonalización el 41,6% y un 27,9% presentaban baja realización personal. En este estudio se encuentra que los más afectados en cansancio emocional son los médicos y las

enfermeras, en la dimensión de despersonalización son los médicos y en la dimensión realización personal son los técnicos y los médicos los que presentaron peores resultados⁶.

En un estudio realizado en clínicos, se encontró que el 12.5% de los sujetos estudiados estaban moderadamente afectados. Resultando relevante el predominio de despersonalización sobre el resto de componentes⁷.

Dentro del profesional médico, los residentes presentan un mayor riesgo de padecer SQT⁸. También se ha encontrado que presentan SQT, un 51% de catedráticos de anestesiología⁹.

Deben responsabilizarse los organismos de salud e instituciones e instaurar intervenciones que prevengan el burnout, el estrés, mejorando el bienestar del personal y de los servicios, en su conjunto.

Un efecto del burnout en los médicos es un aumento del absentismo y discapacidad, disminución de la satisfacción de los pacientes y mayores tasas de errores médicos.

Atance,¹⁰ en su estudio epidemiológico sobre SQT, propone un teórico perfil de riesgo : el ser mujer, con edad mayor de 44 años, con estado civil separada, divorciada o viuda, con más de 19 años de antigüedad profesional y que realiza su tarea en un centro de más de 1000 trabajadores y dentro del ámbito de la atención especializada.

Metaanálisis¹:

En el estudio de West et al, con 1034 participantes se comprobó que intervenciones de psi coeducación como la comunicación interpersonal y la meditación mejoró el estrés, y ansiedad en el síndrome de burnout.

En el metaanálisis de Regehr et al, se revisaron 2617 artículos de los cuales 15 eran ensayos e incluían a 716 médicos y 37 estudios de cohorte, sobre 2914 médicos que cumplieron criterios de inclusión. Se encontró que el cansancio disminuyó de 54% a 44%, el agotamiento emocional disminuyó de 23.82 puntos a 21.17 y la puntuación de despersonalización se redujo de 9.05 a 8.41 y el cansancio emocional alto disminuyó de 38% a 24% y la despersonalización alta disminuyó de 38% a 34%. Concluyéndose que las estrategias centradas en la persona y los cambios de estrategias

estructurales y organizativas pueden producir reducciones clínicamente significativas del síndrome de Burnout entre los médicos.

Díaz y Gómez evalúan 89 estudios que se habían realizado en 12 países latinoamericanos durante 10 años, (revisión sistemática) encontrando que en la mayoría de ellos, las teorías y métodos de evaluación habían sido creados en países “desarrollados”, sin tener en cuenta la realidad y circunstancias especiales de estos países. Latinoamericanos, por ser esta diferente¹¹.

2.8. Consecuencias para la organización y para el trabajador

El trabajador va siendo afectado paulatinamente en su salud, por la exposición a las condiciones de trabajo que no puede controlar y que ponen en juego todos sus recursos personales. No obstante puede protegerse de los factores de riesgo del SQT, con sus recursos personales para afrontar la situación y con apoyo social que busque. No es un problema de adaptación

Si la clínica de estrés perdura en el tiempo, va a tener definitivamente consecuencias negativas para el trabajador expresado en enfermedad o ausencia de salud., con alteraciones psicosomáticas (alteraciones cardiorrespiratorias, dificultad para dormir, dolor de cabeza, gastritis, úlcera, vértigos, mareos etc.), y también con consecuencias para la organización (deterioro del rendimiento y de la calidad en el trabajo, accidentes laborales, absentismo, abandono, rotación no deseada, etc.)

Hay un deterioro cognitivo en la persona, que consiste en la aparición de desencanto profesional, frustración, en la presencia de crisis de capacidad en el desempeño de la actividad profesional y en una crisis existencial. El desgaste emocional caracteriza el deterioro afectivo y en algunos casos se acompaña por sentimientos de culpa.

El deterioro de la actitud se presenta con actitudes de cinismo, indolencia e indiferencia con los pacientes o clientes e inclusive con la propia organización. El trabajador puede vivir estas consecuencias, "agrediendo

a sí mismo" (culpa) por tratar así a los compañeros, usuarios, etc., o bien puede justificar esas actitudes negativas e ir sosteniéndose en esa situación sin generar un daño mayor a su salud, pero deteriorando la calidad del servicio que presta de una manera importante.

Así, las principales consecuencias emocionales se asocian a síntomas ansioso-depresivos, con una tendencia a los sentimientos de culpa y con respuestas agresivas asociadas a frecuente irritabilidad y actitudes negativas hacia la vida.

El SQT es un proceso que se acaba manifestando como una enfermedad incapacitante para el ejercicio del trabajo cuando se presenta en toda su magnitud.

Síntomas del SQT en el trabajador:

a) Psicósomáticos:

- Cansancio hasta el agotamiento y
- Malestar general deterioro de la calidad de vida),
- Fatiga crónica y
- Alteraciones funcionales en casi todos los sistemas del organismo (cardiorrespiratorio, digestivo, reproductor, nervioso, reproductivo, etc.)
- Entre los síntomas: dolor de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, molestias y dolores musculares, hipertensión, crisis de asma, etc.

Sugiere la evidencia empírica que esas alteraciones psicósomáticas podrían estar asociadas con alteraciones en el sistema defensivo del organismo e inmunitario. Con alteraciones de índole fisiológico relacionadas con los niveles de cortisol¹².

b) Conductuales:

- Conducta despersonalizada en la relación con el cliente,
- Absentismo laboral

- Desarrollo de conductas de exceso como abuso de barbitúricos, estimulantes y otros tipos de sustancias (café, tabaco, alcohol, etc.), Cambios bruscos de humor
- Incapacidad para vivir de forma relajada
- Incapacidad de concentración
- Superficialidad en el contacto con los demás
- Comportamientos de alto riesgo
- Conductas hiperactivas y agresivas.

c) Emocionales:

- Predomina el agotamiento emocional,
- Sentimientos de culpabilidad, impaciencia e irritabilidad,
- Distanciamiento afectivo como forma de autoprotección,
- Vivencias de baja realización personal
- Baja tolerancia a la frustración
- Sentimiento de soledad,
- Sentimiento de alienación,
- Sentimientos de impotencia
- Hay síntomas disfóricos,
- Ansiedad.
- Desorientación,
- Aburrimiento,
- Sentimientos depresivos.

d) Actitudinales:

- Actitudes de desconfianza, apatía, cinismo e ironía hacia los clientes de la organización
- Hostilidad, suspicacia y poca verbalización en las interacciones.

e) Sociales y de relaciones interpersonales:

- Actitudes negativas hacia la vida en general,
- Disminuye la calidad de vida personal
- Aumento de los problemas de pareja, familiares y en la red social extra laboral del sujeto (tiende al aislamiento).

Síntomas de SQT en la Organización:

- Deterioro de la comunicación y de las relaciones interpersonales
- Disminución de la capacidad de trabajo y de compromiso
- Baja el rendimiento y la eficacia
- Mayor absentismo y una mayor desmotivación
- Aumentan las rotaciones en el trabajo.
- Afectación de la calidad de los servicios que se presta a los clientes
- Aparecen sentimientos de desesperación e indiferencia frente al trabajo
- Aumento de quejas de los usuarios o clientes.

2.9. Evaluación, instrumentos de medida y metodología

Entre los métodos usados para la evaluación tenemos: ^{3,13}:

- Los cualitativos: se aplican entrevistas diagnósticas
- Los cuantitativos: se aplican pruebas psicométricas, mediante las cuales se determina el grado de la severidad de la patología y los antecedentes que hallan originado su desarrollo.

Las estimaciones psicométricas a través de las herramientas de evaluación de riesgos psicosociales cobran una importancia preventiva y de intervención, a fin de actuar sobre el origen del problema.

INSTRUMENTOS PARA MEDIR EL RIESGO PSICOSOCIAL DEL BURNOUT

Aunque hay distintos instrumentos para poder medir el riesgo psicosocial del burnout, las entrevista, observación, los cuestionarios son los más comunes.

1. **Maslach Burnout Inventory:**

En 1981 fue elaborado por Christina Maslach, psicóloga experta en Burnout de la Universidad de Berkeley California. Al momento actual el cuestionario MBI (Maslach Burnout Inventory) continúa siendo el más frecuentemente utilizado en investigación tanto nacional como internacional

El INSHT trata este cuestionario en las siguientes NTP (nota técnica de prevención):

- NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o Burnout I: definición y proceso de generación
- NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o Burnout II: consecuencias, evaluación y prevención.
- NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo o Burnout III: instrumentos de medición.

Versiones del MBI:

- MBI-HSS (MBI-Human Services Survey):

Es el cuestionario está dirigido principalmente a los profesionales del área de la salud. Porque al principio el MBI se utilizaba sólo para trabajadores/as dedicados/as a trabajos de contacto con personas (educación, sanidad, asistentes sociales).

MBI-GS (MBI-General Survey):

- Es la versión general, mide el Burnout de cualquier tipo de trabajo, incluidos los profesionales que no trabajan con “personas” sino con objetos, como por ejemplo el Burnout de operarios de producción industrial. En España llegó a traducirse en 1987 por Nicolás Seisdedos Cubero y se validó por Gil Monte en un estudio del 2002. “El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión” Universidad de la Rioja 2010.
- MBI-SS (MBI-Student Survey):

Es para ser aplicado en estudiantes universitarios.

Estructura del cuestionario MBI:

Originalmente en 1981 estaba conformado por 25 ítems relativos a pensamientos y sentimientos relacionados con el trabajo y el desempeño en éste. Está distribuido en cuatro escalas denominadas:

- Agotamiento emocional
- Despersonalización
- Realización personal en el trabajo e
- Implicación con el trabajo.

Consta con dos formas para valorar las escalas, por la intensidad y por la frecuencia al contestar cada una de las 25 preguntas.

Desde 1986, sólo se valora por su frecuencia, porque los 7 puntos de posibles respuestas están claramente definidos.

Se estableció definitivamente en 22 ítems, pero sólo con las tres primeras escalas:

- (A) Agotamiento emocional: son 9 ítems que valoran la experiencia de estar oprimido física y psíquicamente por las demandas de trabajo.
- (D) Despersonalización o cinismo: Son cinco preguntas que determinan el reconocimiento de actitudes de frialdad y distanciamiento hacia las personas con las que interactúa por sus tareas.
- (R) Realización personal en el trabajo: Consta de ocho ítems que intentan medir los sentimientos de auto eficiencia del trabajo y consigo mismo.

Ventajas:

- Permite averiguar la asociación del síndrome de Burnout con las percepciones personales, situaciones sociodemográficas y profesionales , para definirlo como de riesgo alto, riesgo medio o bajo.
- Permite conocer las condiciones de trabajo o de estudio universitario.
- Cuenta con evidencia científica que orienta a realizar acciones que ayudan a prevenirlo.

- Aunque se han elaborado otros instrumentos de medida del Burnout, ninguno ha logrado la aceptación general del MBI, debido a que el cuestionario se puede aplicar de forma rápida y sencilla. Se puede completar de manera auto aplicada en unos 10 a 15 min.

Inconvenientes:

Como es un auto informe (privado y anónimo), sus mediciones son débiles por sí solas, y se aconseja recabar datos objetivos de otras fuentes para complementar la información.

2. **Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)**¹³: Fue diseñado para evaluar los niveles de SQT, evalúa las emociones, las cogniciones, y las actitudes de las personas en relación con su experiencia laboral. Estas variables se estiman mediante 4 escalas. Lo conforman 20 ítems que se valoran mediante un formato de respuesta de frecuencia de 5 puntos⁴:

- 0 = Nunca
- 1 = Raramente (se produce algunas veces al año)
- 2 = A veces (se produce algunas veces al mes)
- 3 = Frecuentemente (se produce algunas veces por semana)
- 4 = Muy frecuentemente (se producen todos los días)

Existen dos versiones del CESQT:

la versión principal que se debe aplicar a todos los trabajadores que realizan su actividad laboral atendiendo a personas y

una versión alternativa, CESQT- DP (desencanto profesional), dirigida a aquellos profesionales que no trabajan en contacto directo con personas.

En la versión principal diseñada para evaluar a profesionales que trabajan atendiendo y en contacto a personas (ej. Psicólogos, enfermeros, médicos, docentes, etc.) los ítems se distribuyen en las siguientes escalas:

- Ítem: Ilusión por el trabajo
- Ítem: Desgaste psíquico
- Ítem: Indolencia y Culpa.

Tabla 1. Relación de variables y los ítems que evalúan.

Variable	Ítem
Ilusión por el trabajo	1- 5- 10- 15- 19
Desgaste psíquico	8- 12- 17- 18
Indolencia	2- 3- 6- 7- 11- 14
Culpa	4 -9- 13-1 6- 20

1. El ítem ilusión por el trabajo (It). Está conformado por 5 ítems. Es el deseo del individuo por alcanzar las metas laborales, que son una fuente de satisfacción personal. Incorpora un componente de autoeficacia profesional. Los niveles altos de SQT, se asocian a bajas puntuaciones de It.
2. Desgaste psíquico (Dp). Esta escala está conformada por 4 ítems. Es la aparición de agotamiento emocional y físico por el trabajo, al tratar a diario con personas difíciles, que presentan o causan problemas.
3. Indolencia (In). Esta escala está formada por 6 ítems. Es la presencia de actitudes negativas, de indiferencia y cinismo hacia los clientes o pacientes de la organización/empresa. Un puntaje alto en esta escala muestra insensibilidad y que el trabajador no se conmueven ante los problemas de los clientes.
4. Culpa (C). Esta escala está formada por 5 ítems. Es la aparición de sentimientos de culpa por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo, hacia las personas con las que se establecen relaciones de trabajo.

Aparte de las 4 escalas anteriores, el CESQT también ofrece la puntuación total SQT. Que es el resultado de promediar las puntuaciones en todos los ítems (15) que conforman todas las escalas excepto la culpa. Los ítems de Culpa no contribuyen al cálculo de la puntuación total del SQT ya que la escala Culpa permite distinguir entre dos perfiles diferenciados del SQT: ¹³

- perfil 1 (sin niveles de culpa) y
- perfil 2 (con niveles altos de culpa).

El CESQT evalúa a las personas, no a las condiciones de trabajo. Es un instrumento diseñado para contribuir al diagnóstico sobre un problema de salud mental.

Normas de corrección: Se suman las puntuaciones de cada una de las tres columnas (It, Dp, In), luego se calcula la puntuación en la escala total SQT aplicando la fórmula sugerida para este fin. Luego se consulta el baremo que se encuentra en el Anexo 3 (Baremo para personal sanitario), ubicando la puntuación percentil (Pc) correspondiente a esa puntuación directa y se repite el procedimiento con las restantes escalas.

En las escalas, indolencia y desgaste psíquico las puntuaciones altas se corresponden con niveles altos de SQT, en la otra escala, ilusión por el trabajo las puntuaciones que se presentan bajas se corresponden con niveles altos de SQT.

En la escala de Culpa las puntuaciones obtenidas no se incluyen en el cálculo total de la puntuación del SQT. Esta escala permite la realización de un diagnóstico diferencial, pues mediante ella se pueden identificar diferentes perfiles en la evolución del SQT (perfil 1 y perfil 2) y por tanto luego elegir pautas de tratamiento y criterios de intervención. Las puntuaciones del SQT indican el grado en el que se presentan determinadas actitudes, pensamientos, etc. y en ningún caso deben interpretarse como variables categóricas que permitan clasificar a los evaluados sin tener en cuenta otra información adicional.

Normas de interpretación:

Como se puntúan las escalas: De manera separada se puede interpretar el puntaje de la persona evaluada en las escalas ilusión por el trabajo, desgaste psíquico e indolencia. Los ítems de la escala de ilusión por el trabajo se interpretan en sentido inverso al resto de los ítems; es decir, una puntuación baja en ilusión por el trabajo es un indicador de SQT, mientras que en desgaste psíquico e indolencia serán las puntuaciones altas las que se asocien con la presencia del SQT.

Puntuación total SQT: el promedio de los ítems que conforman las 3 escalas anteriores dan lugar a la puntuación total SQT, que se expresa como un indicador global de la presencia de SQT.

Puntuación en la escala Culpa: no contribuyen sus ítems a formar la puntuación total SQT. Esta se interpreta de manera independiente a las anteriores. Su propósito es diferenciar entre dos perfiles de SQT: perfil 1 y perfil 2.

Los baremos permiten realizar una interpretación de la norma basada en percentiles. Hay baremos específicos para personal sanitario y para personal docente. Se propone la utilización de cuatro puntos de corte basados en percentiles, tabla 2:

Tabla 2. Puntos de corte para interpretar las puntuaciones en el CESQT.

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

Un individuo ha desarrollado SQT si presenta, al menos puntuaciones iguales o superiores al percentil 90 en la puntuación total del CESQT.

Ventajas del CESQT ¹⁴: presenta algunas ventajas frente a otros instrumentos, entre las más relevantes cabe señalar que:

- Parte de un modelo teórico
- Incorpora los sentimientos de culpa, el cual permite establecer diferentes perfiles en la evolución del SQT, e incluye ítems que evalúan aspectos cognitivos y físicos del agotamiento, además de los emocionales, y
- Supera las insuficiencias de la adaptación al castellano de otros instrumentos utilizados para evaluar el fenómeno,
- Se puede aplicar en diferentes idiomas.
- El constructo teórico del SQT estimado mediante el CESQT es similar al de otras escalas aceptadas y utilizadas internacionalmente.

2.10. ¿Cómo se diferencia entre el síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) y el Mobbing?

El SQT es una situación que se origina porque el personal no puede con el trabajo y se siente impotente para resolver los problemas que le presentan en su entorno laboral y en su entorno social. Hay una sensación de desgaste y agotamiento por la continua presión en su trabajo. En cambio el mobbing es una situación en la que un individuo es sometido a agravio, persecución, o presión psicológica por varios o alguno de los miembros del grupo donde trabaja con la complicidad o indiferencia del resto. Se habla de acoso psicológico cuando una o más personas ejercen algún tipo de violencia psicológica hacia otra persona (conductas hostiles y falta de ética). ³.

El individuo acosado se siente indefenso y desamparado, lo que deriva hacia una situación de hundimiento psicosomático, social y psicológico,

El acoso psicológico es una fuente de estrés laboral producido por un conflicto interpersonal desequilibrado, el acosado no tiene poder alguno sobre la otra parte acosadora. Por el contrario, en el SQT el trabajador no es objeto de conductas hostiles y carentes de toda ética hacia su persona ni se

centra en el la presión psicológica de uno o varios miembros del grupo al que pertenece. Tampoco se produce un desequilibrio porque el trabajador tiene poder sobre la otra parte (habitualmente el cliente de la organización), y emplea este poder para defenderse de la presión a la que se siente sometido debido a las presiones o demandas de los pacientes. El resultado de utilizar ese poder, deterioro de la calidad del servicio de la organización porque a menudo responde con indolencia y cinismo,

Al final, el trabajador deriva hacia una situación de hundimiento psicológico, psicosomático y social. Porque también se siente desamparado e indefenso.

Ambos fenómenos tienen su origen en las relaciones interpersonales que se establecen entre los miembros de la organización, y en el caso del SQT se incluyen también las relaciones interpersonales que se establecen entre los miembros de la organización y sus clientes. Pero, mientras que el acoso psicológico es una fuente de estrés laboral originado por un conflicto interpersonal asimétrico, el SQT es una respuesta al estrés laboral crónico, que se va a desarrollar cuando fallan las estrategias de afrontamiento que el individuo utiliza para manejar las situaciones de estrés. El mobbing es un estresor laboral, mientras que el SQT o burnout es una respuesta a los estresores laborales crónicos Aunque en teoría se podría establecer una relación causa efecto entre ambos fenómenos, de manera que el acoso psicológico podría ser un antecedente del SQT, lo habitual es que el acoso psicológico progrese de tal manera que no origina el SQT, aunque sí una sintomatología en parte similar a la que genera este síndrome en sus fases más avanzadas (v.g., sentimientos de culpa, agotamiento emocional, pérdida de autoestima, etc.). No obstante, los motivos por los que se inician y su desarrollo establecen diferencias fundamentales entre ambos fenómenos.

2.11. ¿Cuál es la diferencia entre estrés y SQT?

El estrés se va a caracterizar ³:

- Por sobre implicación en los problemas
- Hay hiperactividad emocional
- El daño fisiológico es el sustrato primario

- Hay agotamiento, falta de energía física
- Puede tener efectos positivos en exposiciones moderadas (eustrés).

En cambio en el SQT hay:

- Falta de implicación del trabajador.
- Embotamiento emocional.
- El daño emocional es el sustrato básico del problema
- El agotamiento va a afectar a la motivación y a la energía psíquica.
- En la depresión del SQT hay una pérdida de ideales.
- El SQT solo va a tener efectos negativos.

2.12. Marco legal y jurisprudencia

la actual Ley de Prevención de Riesgos Laborales (B.O.E. 10-11-1995) en España, reconoce la organización y la ordenación del trabajo como condiciones de trabajo susceptibles de producir riesgos laborales. Se incorpora la necesidad de primero diagnosticar para luego prevenir los riesgos psicosociales con el fin de erradicarlos y brindar ambientes laborales más saludables. Ocupan un lugar destacado, dentro de los riesgos laborales de carácter psicosocial; el estrés laboral y el síndrome de quemarse por el trabajo. Son consecuencias de unas condiciones de trabajo negativas y producen accidentes y absentismo³.

Hay una sentencia del Tribunal Supremo (26 de octubre del 2000), que respalda legalmente como accidente de trabajo la patología del síndrome de quemarse por el trabajo. EL especialista del centro de salud, en este caso, diagnosticó al trabajador del "síndrome de desgaste personal o de Burnout, A partir de esta sentencia se han originado otras sentencias en las cuales se ha considerado también accidente de trabajo el SQ³.

En el 2001, la OIT (2001) reconoció que el estrés y el agotamiento son problemas de salud mental en el medio ambiente de trabajo y que el SQT es un efecto crónico del estrés laboral sobre la salud del trabajador de dimensiones similares a otros trastornos mentales¹⁵.

También, los expertos en este tema, tienen un alto grado de acuerdo en considerar el SQT como una enfermedad profesional resultante del estrés laboral.

2.12.1. ¿El SQT es una enfermedad laboral o un accidente laboral?

Desde consideraciones clínicas (Masía, 2001) y jurídicas (Martínez, 2000), el SQT ha sido caracterizado como enfermedad laboral. Sin embargo, esta patología no aparece incluida en la relación de enfermedades profesionales del cuadro de enfermedades profesionales de la Seguridad Social. Por este motivo, se ha tipificado como accidente de trabajo en varias sentencias dictadas por el Tribunal Superior de Justicia de varias Comunidades Autónomas, aunque la sentencia más conocida en este sentido es el auto dictado por la Sala de lo Social del Tribunal Supremo de fecha 26 de octubre de 2000 (Recurso Núm.: 4379/1999)³.

2.12.2. ¿Todos los individuos que presenten síntomas de SQT deben ser tipificados como accidentes de trabajo?

No todos. Depende de la intensidad de los síntomas, del nivel de afección del individuo, y del grado en que el proceso resulte incapacitante para el ejercicio de la actividad laboral. El diagnóstico debe ser emitido por un especialista en Psicología o en Medicina mediante una evaluación psicológica del trabajador.

La presencia de uno de los síntomas no conlleva necesariamente la existencia del SQT, por tanto es muy importante realizar un diagnóstico diferencial frente a otro tipo de síntomas asociados del estrés laboral, pero que incapacitan para el ejercicio de la actividad de manera tan severa como lo hace el SQT en sus fases más avanzadas. La sentencia debe dictarla un juez.

2.13. Medidas preventivas ante el burnout

Las estrategias desarrolladas para disminuir los riesgos de la aparición del SQT se plantean en tres esferas, para centrar las actuaciones: a nivel organizativo, a nivel interpersonal y a nivel individual

Los servicios de prevención y los gestores en recursos humanos han de colaborar para prevenir este riesgo, así como las estrategias de prevención e intervención.

2.13.1. Medidas preventivas a nivel organizativo

- Realizando la identificación y evaluación de los riesgos psicosociales, tratando de modificar aquellas situaciones específicas y los antecedentes que promueven que aparezca el SQT.
- Estableciendo mecanismos de feedback o retroinformación del trabajo.
- Promoviendo el trabajo en equipo.
- Disponiendo de oportunidades para que se realice formación continua.
- Aumentando el grado de autonomía en el trabajo, descentralizando la toma de decisiones.
- Disponiendo del análisis y la definición de los puestos de trabajo, para evitar que hayan conflictos y ambigüedades de roles. Hay que establecer objetivos claros para los profesionales.
- Estableciendo líneas claras de responsabilidad y autoridad.

La definición de competencias y responsabilidades es esencial para conseguir un óptimo diseño de las funciones y responsabilidades propias de la actividad laboral para reducir el estrés de la misma, Regular las demandas en lo referente a la carga de trabajo, adecuarla.

- Mejorando las redes de comunicación y promoviendo la participación del trabajador en la organización.

- Fomentando la colaboración y no la competitividad negativa en la organización.
- Fomentando la flexibilidad del horario.
- Favoreciendo y estableciendo planes de promoción transparentes. Creando grupos de soporte para proteger de la angustia y la ansiedad.
- Promoviendo la seguridad del empleo.
- Hay que facilitar a los trabajadores de los recursos necesarios para conseguir los objetivos de trabajo.

2.13.2. Medidas preventivas a nivel interpersonal:

- Fortaleciendo los vínculos sociales entre todos los trabajadores, favoreciendo el trabajo en grupo y así evitar el aislamiento. Hay que formarles en estrategias de colaboración y cooperación grupal.
- Promoviendo y planificando el apoyo social en el trabajo
- Promoviendo el entrenamiento en habilidades sociales
- Es preciso establecer sistemas democráticos-participativos en las actividades del trabajo.
- Consolidando la dinámica grupal para que se aumente el control del trabajador sobre las demandas psicológicas producidas por del trabajo.
- Estableciendo trabajos de supervisión profesional a los trabajadores.

2.13.3. Medidas preventivas a nivel individual

- Realizando una orientación profesional cuando comienza una actividad laboral.

- Teniendo en cuenta las diferentes tareas y las rotaciones en las mismas.
- Poniendo en práctica los programas de formación continua y continuo reciclaje.
- Mejorando los recursos de resistencia y protegiendo a la persona para afrontar las situaciones que le produzcan estrés.
- Formando en la identificación, resolución y discriminación de los problemas.
- Entrenando en el manejo del estrés, ansiedad. y el manejo de situaciones inevitables que se pueden presentar con el usuario.
- Implementando cambios de ambiente de trabajo y rotaciones.
- Entrenamiento en el manejo de la distancia emocional con el usuario, manteniendo un equilibrio entre los sentimientos de sobre implicación y de indiferencia.
- Estableciendo los programas de supervisión profesional individual.
- Aumentando los recursos o habilidades para comunicarse y de negociación.
- Trabajando la retroalimentación, reconociendo adecuadamente las actividades que se finalizan.

Complementariamente, como elementos útiles para proteger y promover un mayor control del trabajador, se pueden usar algunas técnicas como:

Las técnicas de reestructuración cognitiva para modificar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales. Se trata de volver a evaluar y reestructurar las situaciones que producen problema.

- Adiestramiento en técnicas de autorregulación o control que permitan neutralizar o eliminan las consecuencias del síndrome: de gestión del tiempo, de delegación, de desarrollo de habilidades sociales, de asertividad, de entrenamiento en solución de problemas, etc., para

mantener la motivación y el sentido del desempeño del puesto en el trabajo.

- Aprendiendo técnicas de relajación, yoga y otras, para que la persona esté en mejores condiciones de afrontar las situaciones diversas.

2.14. Estrategias para controlar la presencia de un SQT

Cuando el SQT se ha presentado en el trabajador, a menudo, quienes primero se dan cuenta son las personas que están a su alrededor. El afectado del SQT no se da cuenta. Debe recibir apoyo de los más cercanos. Resulta preciso el apoyo de las personas para identificar el proceso y reconocerlo. El apoyo social es, sin duda, una variable importante cuando se ha presentado el SQT.

Una buena calidad de relaciones interpersonales en el trabajo modera el nivel de síndrome de Burnout, media en la satisfacción laboral y produce aumento de la calidad de vida del personal. El apoyo social va a satisfacer la necesidad humana básica de la presencia de comunicación entre las personas, además proporciona información técnica, soporte emocional y supervisión. Para afrontar el SQT es esencial fomentar la participación y fortalecer los vínculos sociales entre el personal. Es necesario reconocer que no hay ninguna técnica sencilla que trate con eficacia el SQT. Habitualmente se utiliza un modelo de intervención de varios componentes integrados que sumen. Es compleja la prevención del SQT y cualquier tipo de técnica adecuada para tratar el estrés es una técnica válida de intervención. Pueden emplearse técnicas orientadas a la organización laboral, al individuo y al grupo.

El técnico de prevención a la hora de evaluar los riesgos tiene que enfatizar en las causas del SQT al evaluar los riesgos e debe implementar acciones para su prevención. Es por lo que, en términos diagnósticos, se precisa de un profesional especializado en el tema para realizar una evaluación que se centre en la respuesta en el daño de la salud del trabajador y debe proponer medidas de intervención individual, si se da el caso, y sobretodo medidas relativas a las situaciones de trabajo, inmediata o futura que causen daños a los trabajadores.

La organización preventiva ha de actuar ante los riesgos del SQT identificándolos y estableciendo las medidas correctoras más adecuadas. También de intervenir cuando un trabajador está afectado porque no fue identificado a tiempo. En esos casos habrá que evaluar los daños e implementar las medidas adecuadas de prevención sobre los riesgos que llevaron al SQT.



3. Objetivos

3.1. Objetivo general.

Investigar la prevalencia del síndrome de estar quemado por el trabajo (SQT) entre el personal sanitario (personal médicos y de enfermería) del centro quirúrgico de un Hospital Universitario aplicando el cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) ¹³.

3.2. Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia del SQT asociado a las características demográficas: sexo, edad, estado civil del personal sanitario del centro quirúrgico estudiado.
- Determinar la asociación entre el SQT y características laborales: categoría profesional, antigüedad profesional y situación laboral del personal sanitario del centro quirúrgico de un hospital universitario.

4. Material y método

4.1. Consideraciones generales

4.1.1. Tipo de investigación

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal.

4.1.2. Ámbito de estudio

El estudio se desarrolló en el centro quirúrgico de un Hospital General Universitario, el cual cuenta con 667 camas (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad) y abarca un área sanitaria de 279,000 habitantes (Fuente tomada de la página Web de la institución).

4.1.3. Ámbito temporal

La encuesta se realizó en el período comprendido entre 20 de Abril y 10 de Mayo del 2018.

4.1.4. Aspectos éticos

El protocolo de este estudio fue presentado al comité de ética e investigación clínica del Hospital (anexo1).

Se solicitará a todos los participantes del estudio el consentimiento explícito previo, explicándoseles la confidencialidad de la información.

4.2. Sujetos de estudio

Se consideró como población de estudio al personal sanitario (enfermería y médicos anestesiólogos) que trabajaba en el centro quirúrgico en el período señalado.

4.3. Variables de estudio

4.3.1. Variable principal

La variable principal del estudio, variable dependiente fue la prevalencia del SQT en el personal del centro quirúrgico del Hospital Universitario.

Variable independiente

Variables demográficas:

Edad en años: < 37 / 37 – 47 / > 47 años.

Sexo: masculino, femenino.

Estado civil: casado, soltero, divorciado, viudo

Variables sobre características laborales:

Categoría profesional: personal médico, personal de enfermería.

Antigüedad profesional: < 10 / 10 – 20 / > 20 años.

Situación laboral: plaza en propiedad, interino, eventual.

4.4. Desarrollo del estudio

Previamente al inicio del estudio, la investigadora informo al personal sanitario de los objetivos y la metodología del estudio y se solicitó su colaboración. Se aplicaron los cuestionarios de manera simultánea en horario de trabajo y fueron entregados personalmente por la investigadora durante el periodo programado. La recogida de cuestionarios se realizó de manera anónima, en la secretaria del Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital.

Encuesta:

El cuestionario recogerá información de variables sociodemográficas y situación profesional entre otros datos. Se utilizó el cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT) ¹³. La versión utilizada fue la de profesionales de la salud. El cual consta de veinte ítems, con respuestas valoradas en la escala de Likert, que se distribuyen en cuatro sub escalas denominadas:

- Ilusión por el trabajo (5 ítems),
- Desgaste psíquico (4 ítems),
- Indolencia (6 ítems) y
- Culpa (5 ítems).

Los ítems se evaluaron mediante una escala de frecuencia de 5 grados, correspondiendo al punto intermedio una puntuación de 2. Donde bajas puntuaciones en Ilusión por el trabajo junto a altas puntuaciones en Desgaste psíquico e Indolencia suponen altos niveles de SQT.

Los datos obtenidos de cada encuesta fueron registrados en una hoja confeccionada para el estudio (anexo 2).

4.5. Análisis estadístico

Con los cuestionarios resueltos, se procederá a crear una base de datos. Cuando un sujeto no responda a una pregunta del cuestionario, la dimensión de la encuesta que contenía esta pregunta no se tendrá en consideración en el análisis.

Se realizó un estudio descriptivo en el que las variables numéricas se resumirán como media, desviación estándar (DE) y rango, las variables cualitativas con frecuencias y porcentajes.

Se analizó la existencia de asociación entre las variables independientes con el CESQT. En el análisis bivalente, para las variables cualitativas se empleará el test de Chi-cuadrado.

Nivel de significancia:

Todos los resultados fueron considerados significativos cuando había un nivel $\alpha < 0,05$ para el valor de p.

Procesamiento de datos:

Los análisis se realizaron con el programa SPSS V.23 (SSPSS/PC Inc., Chicago, Illinois, USA).

5. Resultados

Las características del grupo estudiado se presentan en la tabla 3. En cuanto al sexo, 25 participantes se identificaron del sexo masculino (35%) y 46 del sexo femenino (65%).

La muestra tuvo una edad media de 43,94 años con valores comprendidos entre los 27 y los 61 años. El mayor porcentaje de encuestados tenía más de 43 años (45%).

Con relación al estado civil, 51 participantes (71,83 %) indicaron tener una pareja estable y 11 (15,49 %) eran solteros.

En cuanto a la categoría profesional, la muestra estuvo formada por personal médico (anestesiólogos) y de enfermería del centro quirúrgico de un Hospital Universitario, el cual cuenta con 15 quirófanos. De los 35 anestesiólogos del Servicio de Anestesiología y Reanimación respondieron a la encuesta 24 (68%). En el grupo de enfermería respondieron 47 de 60 encuestados (78%).

En cuanto al tiempo de trabajo del personal encuestado que respondió el CESQT, el 40,85% tenía menos de 10 años de actividad laboral.

Según el tipo de contrato 31 de los evaluados tenía un contrato fijo (43,66 %), 28 eran interinos (39,44%) y el (16,90%) eran eventuales. La media para la antigüedad laboral fue de $M=13,59$ años ($DE=8,90$, mín.=1, máx.=38).

La participación del personal fue voluntaria y se garantizó la confidencialidad de los datos personales y de los resultados individuales.

Se realizaron tablas cruzadas entre el puntaje total CESQT de la población estudiada con las características demográficas (sexo, edad, estado civil) y personales (categoría profesional, antigüedad y situación laboral) de los participantes y con la escala de culpa para determinar si existía relación entre estos factores.

Tabla 3. Características del grupo estudiado.

Características	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Hombre	25	35 %
Mujer	46	65%
Edad		
< 37 años	12	16,90 %
37-47 años	24	33,80 %
> 47 años	35	49.30 %
Estado civil		
Soltero	11	15,49 %
Casado	51	71,83 %
Viudo	1	1,41 %
Divorciado	8	11,27 %
Categoría profesional		
Anestesia	24	33,80 %
Enfermería	47	66,20 %
Situación laboral		
Fijo	31	43,66 %
Interino	28	39,44 %
Eventual	12	16,90 %
Tiempo de trabajo		
< 10 años	29	40,85 %
10 - 20 años	25	35,21 %
> 20 años	17	23,94 %

En la tabla 4. Se presentan los estadísticos descriptivos de las escalas del CESQT. Excepto en un valor, los índices de asimetría y curtosis se sitúan dentro del rango $\pm 1.$, lo que indica que esta escala se ajusta adecuadamente a la distribución normal. Es decir hay el mismo número de elementos a izquierda y derecha de la media (asimetría) y. el mismo grado de concentración de los valores alrededor de la zona central de la distribución.(curtosis), lo que es muy conveniente estadísticamente.

Tabla 4. Estadística descriptiva de las escalas del CESQT calculada con la muestra total.

	Media	DS	Asimetría	Curtosis
Pc SQT TOTAL	1,40	0,59	0,21	-0,38
Pc Ilusión por el trabajo	2,95	0,78	-0,81	1,33
Pc Desgaste psíquico	1,94	0,93	0,10	-0,25
Pc Indolencia	1,32	0,69	0,50	-0,20
Pc Culpa	0,99	0,62	0,08	-1,07

Tabla 5. CESQT calculado en la muestra total

Nivel	Número	Media	DS
Crítico	4 (5,6%)	53,75	5,058
Alto	8 (11%)	44,13	11,192
Medio	24 (34%)	42,02	5,676
Bajo	22 (31%)	44,55	7,143
Muy bajo	13 (18%)	43,31	7,994
Total	71 (100%)	43,94	7,576

En la tabla 5 se presentan los estadísticos descriptivos (media y desviación típica de los ítems del CESQT) calculado en la muestra total. El 5,6% de toda la población estudiada presentó el CESQT. El 65% tuvieron un nivel medio y bajo del síndrome de estar quemado por el trabajo.

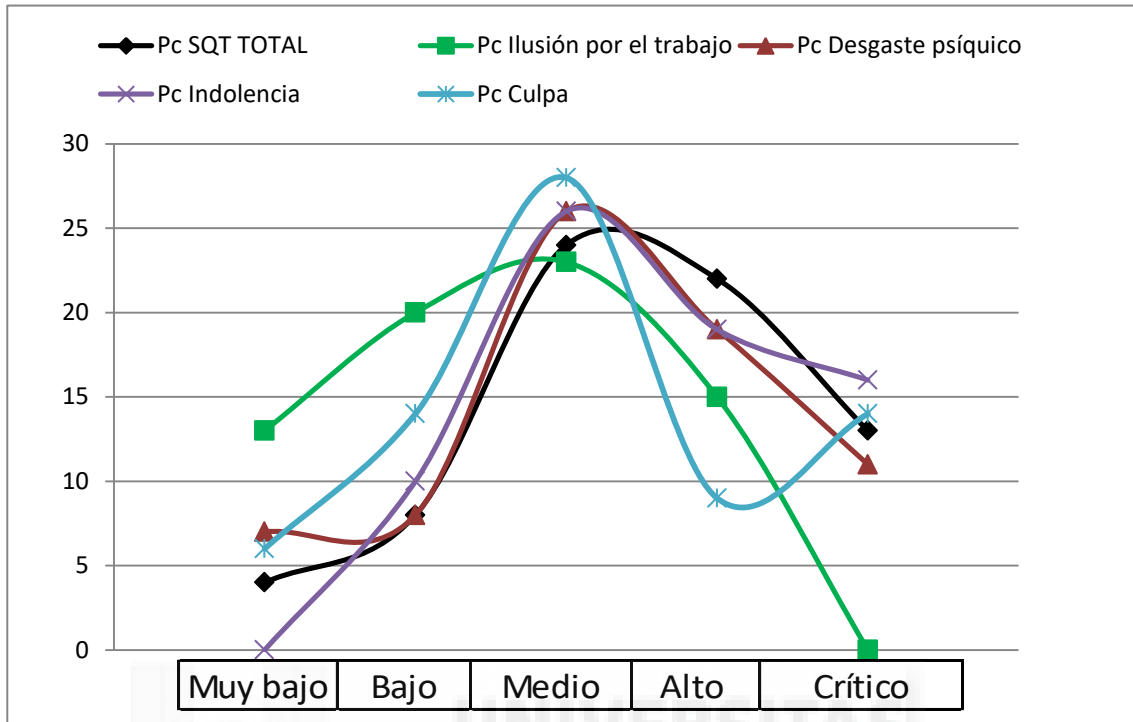


Figura 1. Tendencia de los niveles del CESQT

En la figura 1. Se corrobora que los que tienen puntuación baja en ilusión por el trabajo tienen SQT (nivel crítico), pero sin Culpa. El desgaste psíquico y la indolencia presentan una curva similar en el nivel alto.

En la tabla 6, se presenta el CESQT calculado según el sexo de los participantes de la muestra total. El mayor número de participantes de nivel crítico se presentó en el sexo femenino, siendo también este grupo el más numeroso en la muestra total, sin significación estadística. En ambos grupos el mayor número de participantes tenían un nivel medio y bajo del CESQT. Ello indica que la variable sexo no desempeña un papel importante a la hora de explicar las respuestas de los evaluados a los ítems del CESQT.

Tabla 6. CESQT calculado en la muestra total y por sexo

Nivel	Total	Hombre	Mujer
Critico	4	1	3
% por sexo	5,6%	4,0%	6,5%
% del total	5,6%	1,4%	4,2%
Alto	8	4	4
% por sexo	11,3%	16%	8,7%
% del total	11,3%	5,6%	5,6%
Medio	24	8	16
% por sexo	33,8%	32,0%	34,8%
% del total	33,8%	11,3%	22,5%
Bajo	22	6	16
% por sexo	31,0%	24,0%	34,8%
% del total	31,0%	8,5%	22,5%
Muy bajo	13	6	7
% por sexo	18,3%	24,0%	15,2%
% del total	18,3%	8,5%	9,9%
Total	71	25	46
% del total	100%	35,2%	64,8%

p = 0,685

En la tabla 7, al evaluarse los niveles de CESQT en relación a la edad dividida en rangos, se encuentra que el 49,3 % de participantes de la

encuesta tienen más de 47 años de edad. No se encontró significancia estadística al cruzar estas dos variables.

Tabla 7. CESQT calculado en la muestra total y por rango de edades.

Nivel	Total	<37 años	37-47 años	>47 años
Critico	4	0	4	0
% R.E.	5,6 %	0 %	16,7 %	0 %
% Total	5,6 %	0%	5,6 %	0%
Alto	8	2	4	2
% R.E.	11,3 %	25 %	16,7 %	5,7 %
% Total	11,3 %	16,7 %	5,6 %	2,8 %
Medio	24	4	5	15
% R.E.	33,8 %	33,3 %	20,8 %	42,9 %
% Total	33,8 %	5,6 %	7,0%	21,1 %
Bajo	22	2	7	13
% R.E.	31,0 %	16,7 %	29,2 %	37,1 %
% Total	31,0 %	2,8 %	9,9 %	18,3 %
Muy bajo	13	4	4	5
% R.E.	18,3 %	33,3 %	16,7 %	14,3 %
% Total	18,3 %	5,6 %	5,6 %	7,0 %
Total	71	12	24	35
% Total	100 %	16,9 %	33,8 %	49,3 %

$p = 0,062$

En la tabla 8, se asocian los niveles del CESQT con el estado civil de los encuestados. Al igual que en las anteriores características demográficas,

no se encuentra significancia estadística al cruzar la variable estado civil con el CESQT por niveles. Encontrándose también que el nivel más frecuentemente encontrado es el medio y el bajo. Ello indica que la variable estado civil no desempeña un papel importante a la hora de explicar las respuestas de los evaluados a los ítems del CESQT.

Tabla 8. CESQT calculado en la muestra total y por estado civil.

Nivel	Total	Soltero	Casado	Viudo	Divorciado
Critico	4	0	2	0	2
% E.C.	5,6%	0,0%	3,9%	0,0%	25,0%
%Total	5,6%	0,0%	2,8%	0,0%	2,8%
Alto	8	1	6	0	1
% E.C.	11,3%	9,1%	11,9%	0,0%	12,5%
%Total	1,3%	1,4%	8,5%	0,0%	1,4%
Medio	24	3	21	0	0
% E.C.	33,8%	27,3%	41,2%	0,0%	0,0%
%Total	33,8%	4,2%	29,6%	0,0%	0,0%
Bajo	22	3	15	0	4
%E.C.	31,0%	27,3%	29,4%	0,0%	50,0%
%Total	31,0%	4,2%	21,1%	0,0%	5,6%
Muy bajo	13	4	7	1	1
% E.C.	18,3%	36,4%	13,7%	100%	12,5%
%Total	18,3%	5,6%	9,9%	1,4%	1,4%
Total	71	11	51	1	8
%Total	100%	15,5%	71,8%	1,4%	11,3%

$$p = 0,112$$

En la tabla 9, se evalúa el nivel del síndrome de estar quemado en el trabajo por categoría profesional. Hay más participantes con nivel crítico dentro del grupo de médicos anesestesiólogos que en el grupo de enfermería pero sin significancia estadística. También el nivel más frecuente en ambos grupo se encuentran en el nivel medio y bajo. Ello indica que la variable categoría

profesional no desempeña un papel importante a la hora de explicar las respuestas de los evaluados a los ítems del CESQT.

Tabla9. CESQT calculado en la muestra total y por categoría profesional.

Nivel	Total	Médico	Enfermero
Crítico	4	3	1
% CP	5,6 %	12,5 %	2,1 %
% Total	5,6 %	4,2 %	1,4 %
Alto	8	3	5
% CP	11,3 %	12,5 %	10,6 %
% Total	11,3 %	4,2 %	7,0 %
Medio	24	7	17
% CP	33,8 %	29,2 %	36,2 %
% Total	33,8 %	9,9 %	23,9 %
Bajo	22	7	15
% CP	31,0 %	29,2 %	31,9 %
% Total	31,0 %	9,9 %	21,1 %
Muy bajo	13	4	9
% CP	18,3 %	16,7 %	19,1 %
% Total	18,3 %	5,6 %	12,7 %
Total	71	24	47
% Total	100 %	33,8 %	66,2%

$p = 0,49$

En la tabla 10, al cruzarse la variable nivel de CESQT y situación laboral se encuentra que el mayor grupo de participantes se ubican en el nivel medio

y bajo del SQT. Y dentro de estos el grupo más numeroso de toda la población está en el nivel medio, en el grupo de interinos. Pero con resultados sin significancia estadística. Ello indica que la variable situación laboral no desempeña un papel importante a la hora de explicar las respuestas de los evaluados a los ítems del CESQT.

Tabla 10. CESQT calculado en la muestra total y por situación laboral.

Nivel	Total	Fijo	Interino	Eventual
Critico	4	2	0	2
% SL	5,6 %	6,5 %	0%	16,7 %
% Total	5,6 %	2,8 %	0%	2,8 %
Alto	8	5	1	2
% SL	11,3 %	16,1 %	3,6 %	16,7 %
% Total	11,3 %	7,0 %	1,4 %	2,8 %
Medio	24	9	12	3
% SL	33,8 %	29,0 %	42,9 %	25 %
% Total	33,8 %	12,7 %	16,9 %	4,2 %
Bajo	22	9	9	4
% SL	31 %	29,0 %	32,1 %	33,3 %
% Total	31 %	12,7 %	12,7 %	5,6 %
Muy bajo	13	6	6	1
% SL	18,3 %	19,4 %	21,4 %	8,3 %
% Total	18,3 %	8,5 %	8,5 %	1,4 %
Total	71	31	28	12
%SL	100%	43,7 %	39,4%	16,9 %

p = 0,369

En la tabla 11, se evalúa la significancia del tiempo de servicio en la presentación del SQT evaluado con el CESQT.

Tabla 11. CESQT calculado en la muestra total y por tiempo de servicio.

Nivel	Total	<10 años	10-20 años	> 20 años
Critico	4	1	2	1
% T.S.	5,6 %	2,7 %	10,0 %	7,1 %
% Total	5,6 %	1,4 %	2,8 %	1,4 %
Alto	8	4	4	0
% T.S.	11,3 %	10,8 %	20,0 %	0,0 %
% Total	11,3 %	5,6 %	5,6 %	0,0 %
Medio	24	14	3	7
% T.S.	33,8 %	37,8 %	15,0 %	50,0%
% Total	33,8 %	19,7%	4,2 %	9,9 %
Bajo	22	11	8	3
% T.S.	31,0 %	29,7 %	40,0 %	21,4 %
% Total	31,0 %	15,5 %	11,3 %	4,2 %
Muy bajo	13	7	3	3
% T.S.	18,3 %	18,9 %	15,0 %	21,4 %
% Total	18,3 %	9,9 %	4,2 %	4,2 %
Total	71	37	20	14
% del total	100%	52,1 %	28,2 %	19,7 %

p = 0,369

En la tabla 12, se analiza la relación del SQT con la culpa, con el CEQST para determinar la gravedad del síndrome: perfil 1 (baja ilusión por el trabajo y alto desgaste psíquico e indolencia sin nivel alto de culpa) y perfil 2 (niveles altos de SQT con niveles altos de culpa). Los participantes en nivel crítico del SQT, no presentaron nivel alto de culpa en este estudio, el valor de p estuvo muy cerca de la significancia estadística pero no fue $<0,05$.

Tabla 12. CESQT asociado al perfil 1 y perfil 2.

Nivel	Perfil 1	Perfil 2	Total
Crítico	4	0	4
Alto	8	0	8
Medio	23	1	24
Bajo	15	7	22
Muy bajo	7	6	13
Total	57	14	71

$p = 0,006$

6. Discusión

El estrés laboral crónico va a llevar a que se presente el SQT cuando fallan los mecanismos que mantienen el equilibrio en el ámbito laboral y siempre el resultado va a ser negativo a diferencia del estrés que puede ser negativo o positivo. Los afectados van a tener alteraciones psicósomáticas, problemas emocionales, de comportamiento e interpersonales, entre otros.

Los factores psicosociales son las condiciones que se encuentran presentes en un ambiente laboral directamente relacionado con el contenido del puesto, con la organización del trabajo, con la realización de la tarea e incluso con el entorno de trabajo y tienen la capacidad de afectar al desarrollo del trabajo y a la salud del trabajador¹⁵. Los factores de riesgo que están especialmente presentes en el personal sanitario son los factores ambientales, personales y los relacionados con el paciente, quien es muy demandante en el sistema sanitario español. Por ello hay que tratar de diagnosticar y prevenir que se presenten los riesgos psicosociales. Todo ello con el objetivo de erradicarlos y ofrecer ambientes laborales más saludables, lo contrario puede afectar la salud y el bienestar del personal. Vivimos en un mundo imperfecto pero hay que tratar de encontrar un equilibrio.

En 1969 fue descrito por primera vez el vocablo Burnout por H.B. Bradley como símbolo de un fenómeno psicosocial que se presentaba en oficiales de policía de libertad condicional. Este autor empleo el término “staff burnout”¹⁶. Por los aportes para conocer y estudiar este síndrome los profesionales que han sido decisivos en el avance de esta patología han sido, el psiquiatra Freudenberger y la psicóloga americana Maslach. Herbert Freudenberger utilizó el término “Síndrome de Burnout” por primera vez. Christina, Maslach difundió el concepto y creo el primer instrumento de medición validado científicamente y que es el más utilizado hasta la actualidad.

El SQT es una condición originada por el trabajo cuya valoración se puede realizar a través de diferentes instrumentos que permiten medir el riesgo psicosocial. El cuestionario más aceptado para esta evaluación es el MBI (Maslach Burnout Inventory) que se viene utilizando desde 1981, en la investigación del SQT¹⁷.

El cuestionario utilizado en este estudio para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT), evalúa a las personas, no a las condiciones de trabajo, es un instrumento diseñado para contribuir al diagnóstico sobre un problema de salud mental, tiene entre otras ventajas, que se puede aplicar en diferentes idiomas y se ha encontrado que el constructo teórico del SQT estimado mediante el CESQT es similar al de otras escalas aceptadas y utilizadas internacionalmente.

Gil-Monte et al ¹⁴ determinaron que para considerar que las puntuaciones de un individuo indiquen que se trata de un caso con nivel de riesgo crítico, éste debía presentar puntuaciones directas iguales o superiores a 2 en la puntuación total del CESQT, y ello se basa en los resultados estadísticos obtenidos en estudios previos. Lo que se correlaciona con puntuaciones iguales o superiores al percentil 90 en la puntuación total.

En España hay un 21% de “quemados”, siendo los terceros de la UE que peor llevan el estrés en los centros de trabajo ¹⁸. De ahí la importancia de valorar esta patología en las diferentes actividades laborales. Se ha encontrado que también afecta a directivos, empresarios y personal que realiza empleos rutinarios¹⁹. No solo se presenta en profesionales que prestan servicios de atención como personal sanitario, profesores, trabajadores sociales y funcionarios de prisiones.

En Europa se ha cifrado en 20.000 millones de euros el coste total anual producido por absentismo o incapacidad temporal relacionadas con el estrés laboral ²⁰ Este problema tiene una gran repercusión económica.

En los diferentes estudios se encuentra una prevalencia del SQT que varía entre el 50%^{20,21} 31,8% ²¹, 30%²³, 11,4%²⁴, 10,4 % ²², 3% ²⁵ y 2,4% ²⁶. En este estudio que fue realizado en un centro quirúrgico de un Hospital

General Universitario se ha encontrado que la prevalencia del SQT evaluado con el CESQT ha sido del 5,6% en la población general, del 4,2 % en el personal médico y del 1,4% en el personal de enfermería. A diferencia de otros estudios ²⁷, donde encuentran altos porcentajes de SQT en personal de enfermería (30%) ¹⁰ y personal médico (18-40%). Las características que presentan estos profesionales ante el estrés crónico va a ser diferente, de modo que en los médicos se ha encontrado que se da más la despersonalización mientras que en el personal de enfermería sería más frecuente el cansancio emocional y la falta de realización personal. No se puede hablar de alta o baja prevalencia, su sola presencia es anómala y siempre se deben buscar estrategias para disminuir los factores que la producen.

En el área del centro quirúrgico hay factores estresantes, dentro de ellos está la polución sonora, la exposición a gases anestésicos, radiaciones, látex, infecciones, cambios de temperatura, la fatiga y el agotamiento del personal ²³, características que favorecen que aparezca.

Si bien en este estudio la población más numerosa fue la del sexo femenino (65% del grupo estudiado) esta característica demográfica no se correlaciona con la presencia de SQT de nivel crítico, resultado ya encontrado en estudios previos ^{6,10}. Se ha encontrado que se presenta más en mujeres y se sospecha que se debe a la sobrecarga familiar que llevan y por la baja capacidad de decisión que tienen en el trabajo con respecto a los hombres. Hay estudios que proponen un perfil teórico de riesgo: ser mujer, mayor de 44 años de edad, sin pareja y con más de 19 años de antigüedad profesional ¹⁰. También se ha encontrado que ocurre principalmente en hombres, con más de diez años de profesión ²².

En cuanto a la edad tampoco se encontró diferencias en este estudio a diferencia de lo encontrado en otras investigaciones donde se presentan más casos en el intervalo entre los 35 a 54 años ⁵, entre los 30 a 50 años ²², en los mayores de 44 años ¹⁰. También se ha encontrado que el

personal sanitario que presenta un nivel más alto de despersonalización son los más jóvenes y con menos años de profesión ⁶, ello se podría explicar por el estrés asociado a la inexperiencia.

No se ha encontrado en este estudio relación entre el estado civil y el SQT, a diferencia de otros autores que encuentran falta de realización personal en el grupo de personal separado, divorciado y viudo ¹⁰.

En relación al grupo ocupacional tampoco se encontró asociación estadísticamente significativa con el SQT. La especialidad de anestesiología está clasificada como una especialidad de alto riesgo ²², porque produce niveles elevados de estrés. Podría parecer que es una actividad médica tranquila pero no es así, la respuesta a una complicación debe ser resuelta en menos de tres minutos y ello requiere un alto nivel de conocimiento y resolución. Se ha encontrado que la prevalencia del síndrome de Burnout es importante entre los anestesiólogos ²⁷ en todas las etapas de la carrera ²⁸. Moráis et al encontraron que los principales factores generadores de estrés en anestesiología se asocian a sobrecarga de trabajo, falta de condiciones laborales adecuadas, falta de personal y situaciones técnicas desafiantes (ej. Manejo de la vía aérea) ²⁹. De Oliveira et al realizaron dos estudios sobre el agotamiento en los jefes de los departamentos de anestesia y en los directores de los programas de anestesia. En ambos estudios, se encontró alto riesgo en un 20% ³⁰ a 28% ³¹ respectivamente.

Los enfermeros españoles son los que se encuentran en la punta del iceberg en el ranking de profesionales que se han visto afectados por el síndrome de Burnout. Datos del Ministerio de Trabajo expresan que el 47% de los profesionales de enfermería sufren síntomas asociados a este síndrome. Siendo los servicios hospitalarios con más quemados: urgencias, UCI, unidades de trasplantes, oncología e instituciones geriátricas ¹⁵. Se ha sugerido que los estudios del SQT deberían realizarse en las diferentes especialidades para comprender las diferencias del esfuerzo asociado a la especialidad. En un metaanálisis realizado en cirujanos se encontró un 3% de SQT, aunque puede presentarse hasta en

un 34% ²⁶. El agotamiento del médico compromete su calidad de vida e influye en la atención del paciente.

En cuanto a la antigüedad laboral tampoco se encuentra relación en este estudio con el SQT. Otros lo encuentran en los que tienen más de 10 años de profesión ²² y los que llevan trabajando entre 11 y 19 años ⁵. Por otro lado se ha encontrado una relación significativa entre el tiempo de ejercicio laboral y las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización³², y altos puntajes de SQT en médicos residentes ⁸.

El que ni los factores demográficos ni personales de la población estudiada hayan influenciado en la presencia del SQT en este estudio confirma que las características del trabajador no son la causa del riesgo de presentar el síndrome de Burnout ²².

Es importante determinar en el grupo de trabajadores con nivel crítico de SQT que perfil de culpa tienen. El perfil 1, se caracteriza por la presencia de baja ilusión por el trabajo, junto a altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero los individuos no presentan niveles críticos de sentimientos de culpa, pues la indolencia funciona como estrategia de afrontamiento funcional para manejar el estrés laboral y sus síntomas. El perfil 2, constituye un problema más serio que identificaría a los individuos más deteriorados por el desarrollo del SQT, y presentan niveles altos de sentimiento de culpa³³ El que ningún participante del estudio tenga perfil 2, expresa que su nivel de afectación es menos severo. Es decir tienen un conjunto de sentimientos y conductas vinculadas al estrés laboral pero que no los incapacita para el ejercicio de su trabajo, aunque podría realizarlo mejor.

Este estudio presenta las limitaciones asociadas a un estudio transversal, no pudiéndose establecer una causalidad. Al ser las respuestas anónimas no se puede hacer un seguimiento del personal afectado. Y lo más importante, al ser voluntaria, la no participación del 100% de la población

encuestada por falta de interés, motivación, descoordinación, etc., podría haber sesgado la información. Ha habido un sesgo en la selección de la muestra. El personal que más respondió a la encuesta fue el personal de enfermería. Tuvieron una actitud más participativa.

Es la primera evaluación que se realiza en el centro quirúrgico hospitalario y se debería realizar un seguimiento, por la importancia de este síndrome, actualmente reconocido por las entidades internacionales del trabajo como una amenaza para la salud pública de la población. Siendo recomendable una monitorización periódica y motivación del personal.

El síndrome de estar quemado por el trabajo ha sido catalogado como una enfermedad profesional y como un accidente de trabajo porque está asociado al estrés laboral, por ello hay que actuar sobre él, implementándose medidas preventivas a nivel organizativo, interpersonal e individual³. Cancio López y García Llana indican una serie de pautas para el tratamiento del desgaste profesional que incluye herramientas de trabajo a nivel organizacional, interpersonal e individual¹⁷. A nivel organizativo se sugiere aumentar la competencia psicosocial del profesional, regulando las demandas en lo referente a la carga de trabajo, creando si no se puede eliminar el foco del riesgo, grupos de soporte para proteger de la ansiedad y la angustia de los trabajadores afectados.

A nivel interpersonal se pueden fortalecer los vínculos sociales entre los trabajadores, favorecer el trabajo en grupo y evitar el aislamiento, formándolos en estrategias de colaboración y cooperación grupal.

Dentro de las medidas preventivas a nivel individual se deben establecer programas de supervisión profesional individual y entrenamiento a fin de conseguir un ajuste individual del puesto de trabajo.

Para afrontar el SQT en el personal que lo presente va a ser esencial evaluar los daños, fortalecer los vínculos sociales entre los trabajadores, fomentando la participación, adiestrando en la identificación y resolución de problemas, consolidando la dinámica grupal para el logro de un

consenso para el cambio y también aumentando el control del trabajador sobre las demandas psicológicas del trabajo.

Una buena calidad de relaciones interpersonales en el trabajo modera el nivel de burnout, media en la satisfacción laboral y aumenta la calidad de vida del trabajador y por ende de la institución.



7. Conclusiones generales

Para diagnosticar y evaluar la prevalencia del SQT en un centro quirúrgico de un Hospital General Universitario se realizó este estudio, el cual va a servir como referente para una futura evaluación del problema. Se concluye:

- 1.- La prevalencia del síndrome de estar quemado por el trabajo entre el personal sanitario del centro quirúrgico de un Hospital General Universitario fue del 5,6% en toda la población estudiada, en el personal médico especialista en anestesiología del 4,2% y del 1.4% en el personal de enfermería, al aplicarse el cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT).
- 2.- Las características demográficas: sexo, edad y estado civil del personal sanitario estudiado no mostró una implicación directa con el síndrome de estar quemado por el trabajo en el grupo con niveles críticos de CESQT.
- 3.- Las características laborales: categoría profesional, antigüedad profesional y situación laboral no influenciaron en la presentación del síndrome de estar quemado por trabajo.
- 4.- El personal sanitario que tuvo un nivel crítico de SQT evaluado con el CESQT presento un perfil 1, no tuvieron en el momento de la evaluación sentimiento de culpa.

8. Referencias bibliográficas

- 1.- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. NTP:704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout"(I):definición y proceso degeneración. [Consultado 1 de abril 2018]. www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/.../NTP/Ficheros/.../ntp_704
- 2.- Maslash C. Jackson S. The measurement of experienced burnout. J.Occupational behavior. 1981;2:99-113.
- 3.- Grupo de Estudio del Síndrome de Desgaste Profesional en los Hospitales de Girona. El optimismo de los profesionales sanitarios y su relación con la calidad de vida, el burnout y el clima organizacional. Rev Calidad Asistencial. 2005;20(7):370-6.[Consultado 4 de abril 2018]. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/13081929_S300_es.pdf
- 4.- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): consecuencias, evaluación y prevención. [Consultado 1 de abril 2018]. Disponible en: www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/.../NTP/Ficheros/.../ntp_705.pdf
- 5.- Andrea Betancur B, Carolina Guzmán A, Camila Lema C, Clemencia Pérez B, María Pizarro G, Susana Salazar et al. Síndrome de Burnout en trabajadores del sector salud. Rev Salud Pública 2012;3(2):184-92. [Consultado 4 de abril 2018]. Disponible en: http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/2131

- 6.- Grupo de Estudio del Síndrome de Desgaste Profesional en los Hospitales de Girona. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. Gac Sanit. 2005;19(6):463-70. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(05\)71397-2](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(05)71397-2)

- 7.- Wendy Valdés Gómez, Graciela Leyva Álvarez de la Campa. Burnout. Comportamiento de los clínicos del Hospital Diez de Octubre en el 2008. [Consultado 3 de abril 2018]. Disponible en: <http://www.16deabril.sld.cu/rev/238/05.html>

- 8.- Hyman SA, Michaels DR, Berry JM, Schildcrout JS, Mercado ND, Weinger MB. Risk of burnout in perioperative clinicians: a survey study and literature review. Anesthesiology. 2011 Jan;114(1):194-204.

- 9.- De Oliveira GS Jr, Ahmad S, Stock MC, Harter RL, Almeida MD, Fitzgerald PC, McCarthy RJ. High incidence of burnout in academic chairpersons of anesthesiology: should we be taking better care of our leaders? Anesthesiology. 2011;114(1):181-93.

- 10.- Juan Carlos Atance Martínez. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. Rev Esp Salud Pública 1997;71:293-303.

- 11.- Fátima Díaz Bambula, Ingrid Carolina Gómez. La investigación sobre el síndrome de Burnout en Latinoamérica entre 2000 y el 2010. Psicología desde el Caribe 2016;33(1):113-131.[Consultado 1 de abril 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21345152008>

- 12.- Gil-Monte PR y García Juesas JA. Efectos de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo. Un estudio longitudinal en enfermería. *Revista Mexicana de Psicología*. 2008;11:679-89.
- 13.- Pedro R. Gil-Monte. Cuestionario para la evaluación del Síndrome de quemarse por el trabajo. TEA Ediciones S.A. Madrid 2011.
- 14.- Pedro R. Gil-Monte. Validez factorial del “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el trabajo” (CESQT) en una muestra de médicos mexicanos. *Universitas Psychologica* 2010;9 (1):169-78.
- 15.- Maslach C, Scahauferli W, Leiter MP. Job burnout. *Annual Review of Psychology* 2001;52:397-422.
- 16.- Bradley HB. Community-based treatment for young adult offenders. *Crime and Delinquency*. Jul 1969; 15 (3): 359–370.
- 17.- Vásquez Ortiz J, Vásquez Ramos MJ, Álvarez Serrano M, Reyes Alcide M, Martínez Domingo R, Nadal Delgado M. Intervención psicoterapéutica grupal intensiva realizada en un entorno natural para el tratamiento del Burnout en un equipo de enfermería oncológica. *Psicooncología* 2012;9(1):161-82.
- 18.- Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. Los enfermeros son los empleados más “quemados”, revisado 23 mayo 2018. <https://www.codem.es/noticias/los-enfermeros-son-empleados-mas-quemados>

- 19.- Margarita Quiceno J, Vinaccia Alpi S. Burnout: "Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)". Acta Colombiana de Psicología. Noviembre 2007; 10(2): 117-125.
- 20.- Sánchez Romero S. Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de Enfermería de las Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Médico Quirúrgico de Jaén. Enfermería del Trabajo. Agosto 2014; 4(4): 115-125
- 21.- Sanjuan Estallo, Laura Arrazola Alberdi, Oihana García Moyano, Loreto María. Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Servicio de Cardiología, Neumología y Neurología del Hospital San Jorge de Huesca. Enfermería Global N°36, ISSN 1695-6141 www.um.es/global/
- 22.- Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN. Changes in Burnout and satisfaction with work life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. Mayo Clinic Proceedings 2005;90(12):1600-13.
- 23.- Edno Magalhães, Áurea Carolina Machado de Sousa Oliveira, Catia Sousa Govêia, Luis Cláudio Araújo Ladeira, Daniel Moser Queiroz, Camila Viana Vieira. Prevalencia de síndrome de burnout entre os anestesiólogos do Distrito Federal. Rev Bras Anesthesiol 2015;65(2):104-110.
- 24.- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. NTP: 732. Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (III): Instrumento de medición. [Consultado 1 de abril 2018]. http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_732.pdf
- 25.- Bartholomew AJ, Houk AK, Pulcrano M, Shara NM, Kwagyan J, Jackson PG, Sosin M Meta-Analysis of Surgeon Burnout Syndrome and Specialty Differences. J Surg Educ. 2018 Feb [Epub ahead of print]

- 26.- Albadalejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de burnout en personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*. 2004;79:475-91.
- 27.- Grau E, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. El síndrome de burnout en profesionales sanitarios hispanoamericanos y españoles. Influencia de factores personales, profesionales y nacionales. *Revista Española de Salud Pública*. 2009;83:215-30.
- 28.- Sanfilippo F, Noto A, Foresta G, Santonocito C, Palumbo G, Arcadipane A. et al. Incidence and Factors Associated with Burnout in Anesthesiology: A Systematic Review. *Biomed Res Int*. 2017;2017:8648925. doi: 10.1155/2017/8648925.
- 29.- Morais A, Maia P, Azevedo A, Amaral C, Tavares J. Stress and burnout among Portuguese Anesthesiologists. *European Journal of Anaesthesiology* 2006;23(5):433-39.
- 30.- De Oliveira GS Jr, Almeida MD, Ahmad S, Fitzgerald, Mc Carthy RJ. Anesthesiology residency program director burnout. *Jr of Clinical Anesthesia* 2011;23(3):176-182.
- 31.- De Oliveira GS, Jr, Ahmad S, Stock. High incidence of burnout in academic chairpersons of anesthesiology should we be taking better care of our leaders? *Anesthesiology* 2011;114:181-193.
- 32.- Marta Miranda Gutiérrez. Síndrome de Burnout: estudio de detección en una planta de hospitalización. Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería. Grado de Enfermería. Trabajo de Fin de Grado. Curso 2015-2016. URI: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/17688>

- 33.- Pedro RI Gil-Monte, Sara Viotti, Daniela Converso. Propiedades psicométricas del “Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo” (CESQT) en profesionales de la salud italianos: una perspectiva de género.
<https://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n2.01>



9. Bibliografía

1. Beatriz Cruz Valdés, Fernando Austria Corrales, Loredmy Herrera Kienhelger, Jorge Salas Hernández. Prevalencia del síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento durante una epidemia por influenza AH1N1. Suma Psicológica. 2011;18(2):17-28. [Consultado 9 de abril 2018]. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134222985002>
2. Daniel Volquind, Airton Bagatini, Gabriela Massaro Carneiro Montero, Juliana Rech Londero, Giovani Sani Benvenuti. Riesgos y enfermedades ocupacionales relacionados con el ejercicio de la anestesiología. Rev. Bras. Anestesiología 2013; 63(2):228-33.
3. Gustavo Calabrese. Impacto del estrés laboral en el anestesiólogo. Rev. Colomb. Anestesiología, 2006;34(4):233-240.
4. Honkonen T, Ahola K, Pertovaara M, Isometä E, Kalimo R, Nykyri E et al. The Association between burnout and physical illness in the general population- results from Finnish Health 2000 Study. Journal of Psychosomatic Research 2006;61:59-66.

10. Anexos

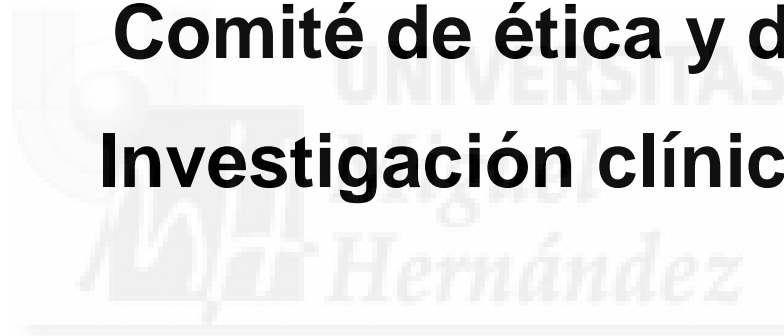
10.1. Anexo 1: Informe del Comité de ética y de Investigación clínica.

10.2. Anexo 2: Hoja de obtención de datos del estudio.

10.3. Anexo 3: Baremo para personal sanitario.



Anexo 1: Informe del Comité de ética y de Investigación clínica.



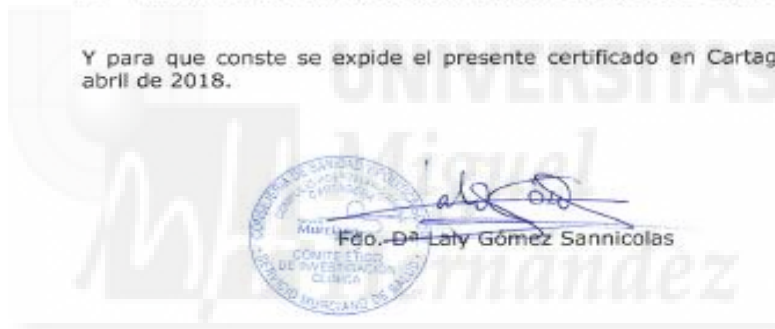


D^a LALY GÓMEZ SANNICOLÁS, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Sta. M^a del Rosell, Área II y Área VIII de Salud del Servicio Murciano de Salud,

CERTIFICA:

Que este Comité ha revisado la documentación referente al TFM: "**Síndrome de estar quemado por el trabajo en el centro quirúrgico de un hospital universitario**" y **acepta** que este trabajo se realice en el Área II de Salud por **D^a Caridad Greta Castillo Monzón** como investigadora principal.

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



Anexo 2: Hoja de obtención de datos del estudio.



“Síndrome de estar quemado por el trabajo en el centro quirúrgico de un Hospitalario Universitario”

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

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

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

Fecha:

Sexo: Hombre Mujer

Edad:años

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

Situación laboral: Fijo
Interino
Eventual

“Síndrome de estar quemado por el trabajo en el centro quirúrgico de un Hospitalario Universitario”

En este cuestionario se muestran una serie de enunciados de situaciones que pueden darse en su trabajo y de sus sentimientos en él. Responda marcando con una **X** la respuesta que mejor refleje su situación y actitud ante el trabajo. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa su propio sentimiento o experiencia.

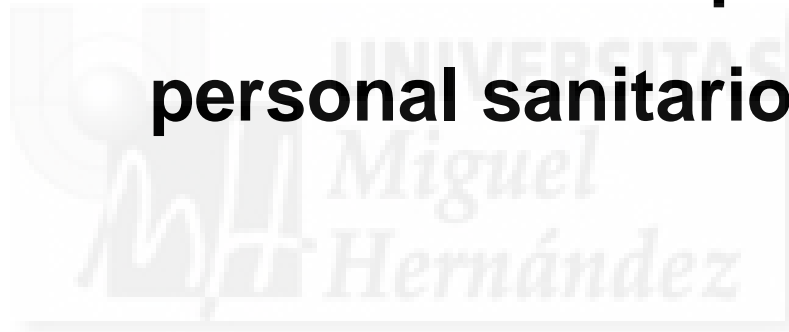
Se asegura la total **confidencialidad** de los datos, y en ningún caso accesible a otras personas. Su objetivo es contribuir al conocimiento de sus sentimientos e ideas acerca de su trabajo y de las consecuencias que tiene en usted como profesional y como persona.

0	1	2	3	4
NUNCA	RARAMENTE <small>(algunas veces al año)</small>	AVECES <small>(algunas veces al mes)</small>	FRECIENTEMENTE <small>(algunas veces por semana)</small>	MUY FRECUENTEMENTE <small>(Todos los días)</small>

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

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

Anexo 3: Baremo para personal sanitario



A.4. BAREMO PARA PERSONAL SANITARIO

Pc	TOTAL SQT	If	Dp	In	C	Pc
99	2,73 - 4,00	-	4,00	2,83 - 4,00	3,00 - 4,00	99
98	2,53 - 2,67 ¹¹	-	-	2,67	2,60 - 2,80	98
97	2,47	-	3,75	2,50	-	97
96	2,33 - 2,40	-	-	2,33	2,40	96
95	2,20 - 2,67	-	3,50	2,17	2,20	95
90	1,93 - 2,13	-	3,00 - 3,25	1,83 - 2,00	1,80 - 2,00	90
85	1,73 - 1,87	4,00	2,75	1,67	1,60	85
80	1,60 - 1,67	-	2,50	1,50	-	80
75	1,47 - 1,53	3,80	2,25	1,33	1,40	75
70	1,40	-	-	-	-	70
66	1,33	-	-	-	-	66
65	1,27	3,60	2,00	1,17	1,20	65
60	1,20	-	-	-	-	60
55	1,13	3,40	1,75	1,00	-	55
50	1,00 - 1,07	3,20	1,50	0,83	1,00	50
45	0,93	-	-	-	0,80	45
40	0,87	3,00	1,25	0,67	-	40
35	0,80	-	-	-	0,60	35
33	-	2,80	1,00	-	-	33
30	0,73	-	-	0,50	-	30
25	0,67	2,60	-	-	0,40	25
20	0,53 - 0,60	2,40	0,75	0,33	-	20
15	0,47	2,20	-	-	0,20	15
10	0,33 - 0,40	1,80 - 2,00	0,50	0,17	0,00	10
5	0,27	1,60	0,25	0,00	-	5
4	0,20	-	0,00	-	-	4
3	-	1,40	-	-	-	3
2	0,13	1,20	-	-	-	2
1	0,00 - 0,07	0,00 - 1,00	-	-	-	1
N	3,320	3,320	3,320	3,320	3,320	N
Media	1,10	3,11	1,65	0,99	0,96	Media
Dt	0,60	0,77	0,95	0,67	0,69	Dt