



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Máster en Prevención de Riesgos Laborales



EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS ESPECIALISTAS Y MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE 2º NIVEL DE LA REGIÓN DE MURCIA TRAS 2 AÑOS DESDE EL INICIO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2.

Alumno: Alejandro Sánchez Martínez. Médico Interno Residente de Medicina Interna en la Región de Murcia.

Tutor: Dra. Lorena María Ivorra Vilaplana. Profesora del Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología de la Universidad Miguel Hernández.

Curso: 2021-2022.



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

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

Dña Lorena Ivorra Vilaplana, Tutora del Trabajo Fin de Máster, titulado Evaluación del Síndrome de Burnout en médicos especialistas y médicos internos residentes de medicina interna de un Hospital de segundo nivel de la región de Murcia tras dos años desde el inicio de la pandemia por SARS-COV_2.

y realizado por el/la estudiante Alejandro Sánchez Martínez. Hace constar que el TFM ha sido realizado bajo mi supervisión y reúne los requisitos para ser evaluado.

Fecha de la autorización: 25/07/2022

Fdo.:

Tutor/a TFM



MASTER UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
Campus de Sant Joan - Carretera Alicante-Valencia Km. 87
03550 San Juan (Alicante) ESPAÑA Tfno: 965919525
E-mail: masterprl@umh.es

Resumen

Introducción: El burnout es un síndrome psicosocial que se produce en respuesta a situaciones estresantes durante el desarrollo de una actividad laboral y afecta a un 30-50% del personal sanitario. Se plantea este estudio dos años después del inicio de la pandemia por SARS-CoV-2 con el objetivo de describir la prevalencia actual del síndrome de burnout en los especialistas y médicos internos residentes de Medicina Interna. **Objetivo:** Describir la prevalencia del síndrome de burnout en los especialistas y médicos internos residentes de Medicina Interna de un Hospital de 2º Nivel de la Región de Murcia tras 2 años desde el inicio de la pandemia por sars-cov-2, mediante el cuestionario online de Maslach Burnout Inventory (MBI). **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal, a través de una encuesta que incluía variables sociodemográficas, laborales y el cuestionario Maslach Burnout Inventory que se difundió de forma online y anónima durante el mes de abril de 2022. **Resultados:** Participaron 31 personas (83,8% del servicio), de las que el 64,5% fueron mujeres. La edad fue de 46 años o más en el 41,9% de los participantes, entre 25 y 30 (un 35%) y el resto entre 30 y 45 años. El 38,7% eran residentes. Un 54,8% presentó un grado de cansancio emocional alto, un 38,7% un grado de despersonalización alto y un 16,1% un grado de realización personal bajo. 2 participantes (el 6,5%) presentaron burnout. **Conclusión:** El síndrome de burnout tuvo una baja prevalencia en un servicio de M. Interna de un hospital de 2o nivel de la Región de Murcia. Más de la mitad de los encuestados presentaron un alto grado de cansancio emocional, aunque la mayoría tenían un grado de realización personal medio o alto. Aunque no hubo ningún residente con síndrome de burnout, en nuestra encuesta encontramos una mayor prevalencia de despersonalización y bajo grado de realización personal en los residentes.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, Hospital 2º Nivel, Medicina Interna, Murcia, Maslach Burnout Inventory, COVID-19.

Introduction: Burnout is a psychosocial syndrome that occurs in response to stressful situations during the development of a work activity and affects 30-50% of health personnel. This study is proposed two years after the start of the SARS-CoV-2 pandemic with the aim of describing the current prevalence of internal medicine burnout syndrome. **Objective:** To describe the prevalence of burnout syndrome in Internal Medicine doctors of a 2nd Level Hospital in the Region of Murcia after 2 years from the start of the sars-cov-2 pandemic, using the Maslach Burnout Inventory online questionnaire (MBI). **Materials and Methods:** A descriptive, cross-sectional study was carried out through a survey that included sociodemographic and labor variables and the Maslach Burnout Inventory questionnaire, which was disseminated online and anonymously during the month of April 2022. **Results:** 31 physicians participated. (83.8% of the service), of which 64.5% were women. The age was 46 years or more in 41.9% of the participants, between 25 and 30 (35%) and the rest between 30 and 45 years. 38.7% were residents. 54.8% presented a high degree of emotional exhaustion, 38.7% a high degree of depersonalization and 16.1% a low degree of personal fulfillment. 2 participants (6.5%) presented burnout. **Conclusion:** Burnout syndrome had a low prevalence in an Internal Medicine service of a 2nd level hospital in the Region of Murcia. More than half of the respondents presented a high degree of emotional exhaustion, although the majority have a medium or high degree of personal fulfillment. Although there were no residents with burnout syndrome, in our survey we found a higher prevalence of depersonalization and a low degree of personal fulfillment in the residents.

Keywords: Burnout Syndrome, 2nd Level Hospital, Internal Medicine, Murcia, Maslach Burnout Inventory, COVID-19.



Índice

Resumen	2
1. Introducción	6
2. Justificación	16
3. Objetivos.....	17
4. Materiales y métodos.....	18
5. Resultados.....	22
5.1. Análisis del Maslach Burnout Inventory (MBI).....	22
5.2. Descripción de las variables sociodemográficas y laborales.....	28
6. Discusión.....	37
7. Conclusiones.....	40
8. Bibliografía	41
Anexos	45
Anexo I.....	45
Anexo II.....	50



1. Introducción

El estrés laboral se define según la Organización Mundial de la Salud como un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. La cronificación del estrés laboral puede desarrollar el “síndrome de estar quemado por el trabajo” conocido habitualmente como Síndrome de burnout, entendido como una respuesta al estrés crónico en el trabajo que origina un estado de agotamiento físico, emocional y/o mental y desarrollar unas consecuencias negativas en el autoestima del trabajador, y por lo tanto en su salud. ¹

Definición del síndrome de burnout

El estudio de este síndrome ha sido acometido por muchos autores, en los que a menudo se encuentran algunas diferencias de matiz conceptual. Esto deriva de la dificultad de definir un proceso complejo como es este síndrome, así como de discriminarlo del concepto de estrés laboral.

En cuanto a los antecedentes en el estudio del síndrome de burnout, Herbert Freudenberger lo describió por primera vez en 1974. 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". Posteriormente, para Cristina Maslach, en 1976, este síndrome se podía dar exclusivamente en las profesiones de ayuda (sanitarios y educadores). En 1986, Maslach y Jackson, lo definen como "un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas."

Pines y Aronson, en 1988, proponen una definición más amplia y no restringida a las profesiones de ayuda, ya que consideraban que las excesivas demandas psicológicas no se daban únicamente en el servicio directo al público. Pines destaca la importancia, desde la prevención, de la calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo, del modo de supervisión y de las oportunidades de aprendizaje continuo.

Brill, destaca que es un estado disfuncional en relación al trabajo en una persona sin otras alteraciones psicopatológicas. ¹

El Instituto Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo (INSHT) define el síndrome de burnout como “una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado”. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud que trabajan en contacto directo con pacientes. ^{1,2}

El síndrome de burnout no solamente se diferencia por su cronicidad, también por las siguientes características:

1. No se repone después del descanso.
2. Es necesaria una motivación previa del trabajador: haber tenido determinadas expectativas para que luego estas mismas se derrumben.
3. Es una pérdida de contextualización cognitiva, se suelen ocultar las emociones por parte del trabajador cuando se le pregunta.
4. Desarrolla en el trabajador efectos negativos exclusivamente, frente a los positivos y negativos que ocasiona el estrés. ¹

Fases del proceso de burnout

El burnout es un síndrome con un origen progresivo, surgiendo gradualmente y desarrollándose en cinco fases. ² Estas fases pueden ser consecutivas o no, no siendo necesario su desarrollo total:

1. **Entusiasmo:** actitud con expectativas positivas frente al desarrollo de un nuevo trabajo.
2. **Estancamiento:** surgido cuando las expectativas laborales no son cumplimentadas, originando en el trabajador un desequilibrio entre las demandas y los recursos,

sintiéndose incapaz de realizar su actividad laboral eficazmente, valorando los aspectos negativos de éste.

3. **Frustración:** irritación hacia el trabajo, desmotivación y desilusión. Desarrollándose sentimientos negativos hacia la práctica laboral, originándose conflictos, donde aparecen en el individuo los primeros problemas de salud.
4. **Apatía:** desarrollándose en el sujeto un mecanismo de afrontamiento defensivo evitativo, experimentando cambios en la conducta y la actitud de éste hacia el distanciamiento.
5. **Quemado:** paralización emocional, produciendo un colapso cognitivo, originando consecuencias importantes en la salud del trabajador, obligándole al abandono de la práctica laboral o a una grave insatisfacción laboral.

Consecuencias del burnout para el trabajador y la organización

El síndrome de burnout surge cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento propias del individuo en situaciones de estrés laboral, desarrollándose un deterioro cognitivo afectivo y actitudinal en el trabajador, que llevan a una sensación de fracaso personal y profesional. Creando sentimientos de baja realización personal en el trabajo y de agotamiento emocional que acaban generando actitudes de despersonalización frente a la situación estresante.

Cuando esta despersonalización se prolonga en el tiempo terminará afectando a la calidad de vida del trabajador y por lo tanto a su estado de salud produciendo las siguientes alteraciones a nivel personal:

- **Psicosomáticas:** malestar general y cansancio que conlleva al agotamiento deteriorando la calidad de vida.
- **Conductuales:** despersonalización, absentismo laboral, conductas de exceso como abuso barbitúricos, estimulantes (café, tabaco, alcohol, etc.), cambios bruscos de humor, incapacidad para relajarse, incapacidad de concentración, superficialidad social, comportamientos de alto riesgo, agresividad, hiperactividad.
- **Emocionales:** agotamiento emocional, síntomas disfóricos, distanciamiento afectivo,

ansiedad, culpa, irritabilidad, disminución de la tolerancia a la frustración, depresión, desorientación y sentimientos de soledad e impotencia.

- **Actitudinales:** apatía, cinismo, ironía, desconfianza, hostilidad, y mutismo en las interacciones.
- **Sociales e interpersonales:** actitudes negativistas, disminución de la calidad de vida, así como aumentos de la problemática social personal en relaciones familiares y en su ámbito social extralaboral del individuo.¹

A nivel laboral, el síndrome se manifiesta en un deterioro de la comunicación y de las relaciones interpersonales (indiferencia o frialdad con las personas con las que trabaja); disminuye la capacidad de trabajo, disminuye el compromiso, bajan el rendimiento y la eficacia, se da un mayor absentismo y una mayor desmotivación, aumentan las rotaciones y los abandonos de la organización, resulta muy afectada la calidad de los servicios que se presta a los clientes, surgen sentimientos de desesperación e indiferencia frente al trabajo, se produce un aumento de quejas de usuarios o clientes, etc.^{1, 2, 4}

Causas o desencadenantes del proceso de burnout

La necesidad de estudiar el síndrome de quemarse por el trabajo está asociada al derecho a la protección de la salud que todo trabajador tiene en cuanto está insertado en una organización. Este derecho implica el no estar sometido a las distintas causas de exposición que son origen de cualquier posible merma de salud.

El origen del síndrome reside en el entorno laboral y en las condiciones de trabajo. Si bien, dependiendo de algunas variables de personalidad, sociodemográficas individuales o de entorno personal, pueden darse evoluciones diferentes en el desarrollo.

A menudo, este síndrome se desencadena bajo unas condiciones de trabajo en las que se destacan especialmente estresores como escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, con el dolor y con la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas, lo que supone conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para

poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos, etc.

Se puede hacer una clasificación que permita identificar tres grupos de estresores susceptibles de desencadenar el síndrome (tabla 1). Por otra parte, hay que tener en cuenta dos elementos asociados a la hora de gestionar el riesgo: las características individuales y los cambios supraorganizativos que se producen (tabla 2).²



FACTORES DE RIESGO A NIVEL DE ORGANIZACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ● Estructura de la organización muy jerarquizada y rígida ● Falta de apoyo instrumental por parte de la organización ● Exceso de burocracia ● 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
FACTORES DE RIESGO RELATIVOS AL DISEÑO DEL PUESTO DE TRABAJO
<ul style="list-style-type: none"> ● 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 ● Poca autonomía decisional ● Estresores económicos ● Insatisfacción en el trabajo
FACTORES DE RIESGO RELATIVOS A LAS RELACIONES INTERPERSONALES
<ul style="list-style-type: none"> ● 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 ● Falta de colaboración entre compañeros en tareas complementarias ● Proceso de contagio social del burnout ● Ausencia de reciprocidad en los intercambios sociales

Tabla 1. Grupos de estresores susceptibles de desencadenar este SQT

CARACTERÍSTICAS PERSONALES
<ul style="list-style-type: none"> ● Alta motivación para la ayuda (altruismo) ● Alto grado de idealismo ● Alto grado de empatía ● Elevado grado de perfeccionismo ● Constancia en la acción ● Baja autoestima ● Reducidas habilidades sociales ● Tendencia a la sobre implicación emocional ● Patrón de conducta de tipo A ● Locus de control externo ● Baja autoeficacia
CAMBIOS SUPRAORGANIZATIVOS
<ul style="list-style-type: none"> ● Cambios tecnológicos que implican un aumento de las demandas cuantitativas y cualitativas en el servicio a la población usuaria ● Cambios en la concepción del trabajo: el trabajo emocional ● Aparición de situaciones que impliquen pérdida de estatus o prestigio ● Aparición de nuevas leyes que impliquen cambios estatutarios y de ejercicio de la profesión ● Cambios en la cultura de la población usuaria, "la sociedad de la queja" ● Cambios en los programas de servicio ● Cambios en los procedimientos, tareas o funciones del trabajo ● Cambios en los perfiles demográficos de la población usuaria y que requiere de un cambio de roles

Tabla 3. Elementos asociados a la hora de gestionar el riesgo

En estudios que se han sido realizados en personal sanitario, la sobrecarga laboral, la falta de liderazgo y de reconocimiento personal en el trabajo, la falta de equidad entre

compañeros o la presencia de feedbacks negativos por parte de los pacientes son los factores que más se han relacionado con el desarrollo del síndrome.^{5,6} Otros factores como el género, la edad o el estado civil también han sido considerados relevantes.^{5,7,8}

Evaluación

Las evaluaciones originales del burnout procedían principalmente de una observación clínica asistemática. En 1981 los autores Maslach y Jackson, a través de un enfoque psicosocial desarrollaron el primer instrumento de evaluación sistemático: el Maslach Burnout Inventory. (MBI). En la versión más actualizada del MBI existe una versión que es el **Inventario de agotamiento de Maslach-Encuesta de servicios humanos (MBI-HSS)**. Aplicable a trabajos de servicios humanos, por ejemplo, clérigos, policías, terapeutas, trabajadores sociales, profesionales médicos.

El síndrome de burnout en la pandemia COVID 19

Una infección del nuevo coronavirus (COVID-19) que se originó en la ciudad china de Wuhan en diciembre de 2019 se convirtió rápidamente en una pandemia el 11 de marzo de 2020.

El alto número de casos confirmados a nivel mundial, las muertes y la amenaza de "oleadas" adicionales a medida que han surgido nuevas variantes, a pesar del aumento de la cobertura de vacunación, ha tenido un grave impacto en los sistemas de salud: racionamiento o cese de los servicios de rutina, reasignación de áreas clínicas, redistribución del personal a entornos clínicos desconocidos, escasez de equipos de protección personal, amplias responsabilidades, riesgo constante de denuncias por negligencia con recursos, y servicios médicos en su máxima capacidad debido a demandas sin precedentes, especialmente para los servicios de urgencias.²²

En este contexto, los trabajadores de la salud, actores clave en la gestión de la pandemia de la COVID-19, constituyen uno de los colectivos que ha estado expuesto a un mayor riesgo de sufrir agotamiento o síndrome de Burnout durante el transcurso de la

misma en comparación con la era anterior.

En este contexto, los trabajadores de la salud, actores clave en la gestión de la pandemia de la COVID-19, constituyen uno de los colectivos que ha estado expuesto a un mayor riesgo de sufrir agotamiento o síndrome de Burnout durante el transcurso de la misma en comparación con la era anterior.

Además de los contribuyentes conocidos del agotamiento médico, como factores laborales (cargas de trabajo y horas de trabajo excesivas), características personales (desequilibrio entre la vida laboral y personal, apoyo inadecuado, falta de sueño) y factores de organización (expectativas de carga de trabajo, recompensas insuficientes y comunicación interpersonal, liderazgo),⁸ fue esencial identificar y remediar los problemas específicos de la pandemia para evitar la carga social, psicológica y económica no deseada.^{19, 10}

En los Estados Unidos, alrededor del 54,4 % de los médicos han mostrado al menos un síntoma de agotamiento en forma de agotamiento emocional, despersonalización o disminución de la sensación de logro. Un patrón similar en diversos grados se encuentra en los residentes.⁸

En un estudio publicado en 2019 el objetivo fue valorar la frecuencia del síndrome de burnout en los médicos especialistas en Medicina Interna en España y qué factores podrían relacionarse con su aparición. Participaron 934 internistas, 58,8% mujeres, con una mediana de edad de 40 años. El 55% presentaba un grado de cansancio emocional alto, un 61,7% un grado de despersonalización alto y un 58,6% un grado de realización personal bajo. El 33,4% presentaba burnout. Su desarrollo se asocia de forma independiente con la edad, el mal ambiente de trabajo, no tener la sensación de poder progresar profesionalmente, no creer suficiente la retribución económica recibida y haber sufrido amenazas por parte de pacientes o compañeros.¹¹

Tras el inicio de la pandemia por sars-cov-2 en marzo de 2020 se diseñó otro estudio con el objetivo de comparar la prevalencia de síndrome de burnout en los especialistas de

Medicina Interna comparando el año 2019 frente al 2020 (este último en el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2). Se observó un aumento significativo de la baja realización personal (33,6% vs. 66,4%, con una p de 0,002) y en un aumento en la globalidad del burnout (34,4% vs. 38,0%; p 0,112), aunque sin diferencias significativas con respecto al año previo.¹²

En cuanto a los residentes, se describió en un Trabajo de Fin de Máster la prevalencia del síndrome de burnout en 2020 en los médicos residentes de varias especialidades de un hospital de 2o nivel de la Región de Murcia. De los 28 encuestados había un total de 5 residentes (17.9%) con presencia de Burnout. El 42,2% de los residentes tenían un alto grado de cansancio emocional y el 50% tenían un alto grado de despersonalización.¹³



2. Justificación

La pandemia por Sars-CoV-2 ha ejercido una presión psicológica considerable sobre los trabajadores de la salud en todo el mundo, especialmente en los profesionales de la salud involucrados directamente en el diagnóstico, tratamiento y atención de pacientes con COVID-19. Han estado expuestos a unas condiciones de sobrecarga de trabajo y estrés mantenido en el tiempo, que los convierte en un colectivo de trabajadores especialmente vulnerable al sufrimiento psicológico, con mayor riesgo de desarrollar agotamiento o síndrome de burnout.

En este contexto, y tras hacer una revisión en la literatura hasta la fecha actual, sabemos que existen datos que apoyan lo expuesto previamente, demostrando un aumento de la prevalencia del síndrome de burnout entre los trabajadores sanitarios durante la pandemia COVID 19. De forma más específica, en los médicos especialistas en Medicina Interna, se observó un aumento significativo de la baja realización personal (33,6% vs. 66,4%, con una p de 0,002) y en un aumento en la globalidad del burnout (34,4% vs. 38,0%; p 0,112), aunque sin diferencias significativas con respecto al año previo.¹²

Este síndrome tiene la importancia de hacer un diagnóstico precoz, ya que se ha relacionado con problemas de salud en el profesional y con una disminución del rendimiento laboral. Hay estudios que han encontrado una relación del síndrome con cuadros de ansiedad y depresión,¹⁸ abuso de sustancias y con la aparición de síntomas psicósomáticos.¹⁹ Además, en estudios previos se ha observado un empobrecimiento de la calidad asistencial, con un aumento del absentismo laboral, una mayor solicitud de reducción de jornada, una disminución de la productividad y de la eficiencia y un aumento de los errores médicos.²⁰

Por todo lo expuesto previamente, se plantea este estudio dos años después tras el inicio de la pandemia para describir la prevalencia actual del síndrome de burnout en un hospital de segundo nivel de la Región de Murcia. Consideramos también necesario evaluar de forma activa y periódica el grado de burnout del personal de los servicios hospitalarios.

3. Objetivos

Objetivo principal: Describir la prevalencia del síndrome de burnout en los especialistas y médicos internos residentes de Medicina Interna de un Hospital de 2º Nivel de la Región de Murcia tras 2 años desde el inicio de la pandemia por sars-cov-2, mediante el cuestionario online de Maslach Burnout Inventory (MBI).

Objetivo secundario: Describir las características sociodemográficas y las variables laborales de los participantes.



4. Materiales y métodos

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, a través del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) modificado para el ámbito sanitario realizado de manera online durante el mes de marzo de 2022 (tabla 1, anexo 1). También se incluyeron variables sociodemográficas y de condición laboral (tabla 2 y 3, anexo 1).

El estudio fue de carácter anónimo y voluntario sobre la muestra de los médicos internos residentes y especialistas de un servicio de medicina interna de un hospital de segundo nivel de la Región de Murcia.

La muestra fue constituida por todos los médicos adjuntos y residentes, en activo en el momento de la realización del estudio, del servicio de Medicina Interna del Hospital.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión: residentes y especialistas de Medicina Interna, activos y pertenecientes al centro hospitalario participante.

Criterios de exclusión: manifiesto de no querer participar en el estudio.

Variables

Se diseñó la encuesta con la aplicación Google Drive® y “Formularios de Google”. Las tablas con las variables consideradas para el estudio se pueden consultar en el Anexo I. Se dividen las variables en los siguientes grupos:

1. Condiciones laborales: duración de contrato, número de guardias, cumplimiento de libranzas y horario laboral, ambiente de trabajo, remuneración del trabajo, amenazas o agresiones durante el desempeño del trabajo.

2. Variables sociodemográficas: género, edad, estado civil, hijos, pareja dedicada a la profesión sanitaria.

3. Maslach Burnout Inventory: consta de 22 preguntas; las respuestas se valoran con una escala de 0 a 6 puntos en función del grado de acuerdo o desacuerdo con la afirmación. Los grados de intensidad se componen por: 0=nunca, 1= pocas veces al año o menos, 2= una vez al mes o menos, 3= unas pocas veces al mes o menos, 4= una vez a la semana, 5= pocas veces a la semana, 6= todos los días. Las preguntas hacen referencia al grado de cansancio emocional (9 preguntas), despersonalización (5 preguntas) y realización personal (8 preguntas).

Los resultados son evaluados en función de las calificaciones obtenidas de cada subescala. Para “Cansancio Emocional” puntuaciones superiores a 27 señalan un alto nivel de cansancio emocional, entre 19 y 26 abarcan niveles intermedios y menos de 19 niveles bajos o muy bajos. Para “Despersonalización” puntuaciones mayores a 10 serían altas, entre 6 y 9 medio y menos de 6 bajo grado de despersonalización. Finalmente para “Realización personal”, funciona contrariamente a las anteriores, de 0 a 33 puntos indicarán baja realización, de 34 a 39 intermedia y más o igual a 40 alta sensación de logro.

No se puede suponer que “Realización Personal” es lo contrario a los demás, ya que entre las tres subescalas la correlación es baja. La puntuación para cada subescala se considera por separado y no se combinan en una sola calificación total, por lo tanto, se calculan tres puntajes de cada encuestado.

Se define como “síndrome de burnout” tener un grado de cansancio emocional alto, un grado de despersonalización alto y un grado de realización personal bajo.

La difusión de la encuesta se realizará en marzo de 2022 a través de los correos electrónicos de los participantes. La variable sociodemográfica edad se recogerá en rangos de edad para asegurar el anonimato de los participantes.

A fin de cumplir con la ley de protección de datos, en la encuesta al inicio de la

encuesta se proporcionó la siguiente información: “Se solicita su autorización para participar en el proyecto *Evaluación del síndrome de burnout en médicos especialistas y médicos internos residentes de medicina interna de un hospital de 2º nivel de la Región de Murcia tras 2 años desde el inicio de la pandemia por sars-cov-2* cuya investigadora principal es Lorena Ivorra y cuyo objetivo consiste en *describir la prevalencia del síndrome de burnout en los especialistas y médicos internos residentes de Medicina Interna de un Hospital de 2º Nivel de la Región de Murcia tras 2 años desde el inicio de la pandemia por sars-cov-2, mediante el cuestionario online de Maslach Burnout Inventory (MBI)*).

La participación en éste estudio es totalmente voluntaria, si usted no desea participar en el estudio, no habrá ninguna consecuencia negativa para usted. En cualquier momento puede retirarse del estudio dejando de cumplimentar la encuesta, sin que ello tenga ninguna consecuencia. La respuesta es completamente anónima, por lo que no se dispondrá de ningún dato que pueda identificarle.

Si tienen alguna pregunta sobre este proyecto de investigación, puede consultar en cualquier momento con el investigador Alejandro Sánchez cuyo email es alejandro.sanchez.m.94@gmail.com. Si usted responde a las cuestiones que se le propone, se entiende de forma tácita que ha comprendido el objetivo del presente estudio, que ha podido preguntar y aclarar las dudas que se le hubieran planteado inicialmente y que acepta participar en el estudio. El equipo investigador le agradece su valiosa participación”.

Cronograma

1. Diseño del proyecto y aprobación por el Comité de Investigación: de enero a febrero de 2022.
2. Estudio y recogida de datos: marzo de 2022.
3. Análisis estadístico de datos: marzo y abril de 2022.
4. Elaboración del manuscrito final: mayo y junio de 2022.

Análisis de resultados

Se realizó un análisis descriptivo expresando las variables cualitativas en número y porcentaje y las cuantitativas en mediana y rango intercuartílico (RIC) o media y desviación estándar cuando la distribución fue normal. Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra, para comprobar que las variables se distribuían normalmente.

Confidencialidad de los datos

La información referente a la identidad de los encuestados fue confidencial a todos los efectos, por lo que los datos obtenidos serán de carácter anónimo asignando un código numérico a cada encuestado, desarrollando una base de datos sin identificación alguna, como así se establece en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. La participación del investigador en este estudio no interfirió en ningún caso con la realización de la tarea laboral de cada encuestado ni recibió compensación económica por realizar y/o participar en este estudio.

Aceptación del estudio

Este estudio se aceptó por el Comité de Investigación del Área VI, como así se expone en el Anexo II.

5. Resultados

5.1. Análisis del Maslach Burnout Inventory (MBI)

A) Resultados totales

Analizando las escalas del Maslach Burnout Inventory, se obtuvieron de un total de 31 encuestas. Todas las preguntas siguen una distribución normal según la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se muestran en la tabla los valores mínimos y máximos, medias, desviación estándar y varianza de cada pregunta una a una así como de cada una de las tres dimensiones (Cansancio, Despersonalización y Realización Personal).

Estadísticos descriptivos

	N	Ra ngo	Mín imo	Má xim o	Medi a	Desv. típ.	Varianza
@1Me siento emocionalment e agotado/a por mi trabajo	31	5	1	6	3,48	1,363	1,858
@2Me siento cansado/a al final de la jornada de trabajo	31	5	1	6	4,39	1,476	2,178
@3Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada	31	5	1	6	3,52	1,610	2,591
@4Comprendo fácilmente a los pacientes que tengo	31	2	4	6	5,65	,551	,303

@5Creo que trato a algunos compañeros como si fueran objetos	31	5	0	5	1,39	1,585	2,512
@6Trabajo todo el día con personas que no son necesarias	31	6	0	6	2,23	1,995	3,981
@7Considero que trato con mucha efectividad los problemas de los	31	4	2	6	5,19	,946	,895
@8Siento que me trabajo demasiado	31	6	0	6	3,65	1,799	3,237
@9Considero que influyo positivamente con mi trabajo en la vida	31	3	3	6	5,35	,798	,637
@10Me he vuelto más insensible con la gente desde que realicé	31	6	0	6	1,87	1,910	3,649
@11Me preocupa que estoy trabajando demasiado emocionalmente	31	6	0	6	2,61	2,108	4,445
@12Me siento muy activo/a	31	4	2	6	4,65	1,170	1,370
@13Me siento frustrado/a en mi trabajo	31	6	0	6	2,61	1,745	3,045
@14Creo que estoy trabajando demasiado	31	6	0	6	4,16	1,530	2,340
@15Realmente no me preocupan los accidentes	31	6	0	6	1,00	1,483	2,200

@16 Trabaja directamente con personas que producen estrés	31	6	0	6	2,77	1,995	3,981
@17 Puedo crear fácilmente un ambiente de relajación y confianza	31	6	0	6	5,00	1,183	1,400
@18 Me siento estimulado/a después de trabajar con mis pacientes	31	5	1	6	4,87	1,147	1,316
@19 He conseguido muchas cosas valiosas con mi profesión	30	5	1	6	4,57	1,406	1,978
@20 Me siento acabado/a al límite de mis posibilidades	31	6	0	6	1,61	1,585	2,512
@21 En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	31	4	2	6	4,13	1,204	1,449
@22 Siento que los pacientes me culpan por algunos desastres	31	5	0	5	1,74	1,316	1,731
Cansancio emocional	31	44	10	54	28,42	10,424	108,652
Despersonalización	31	21	1	22	8,61	5,937	35,245
Realización personal	31	24	22	46	39,35	5,180	26,837
N válido (según lista)	30						

Figura 2: Resultados totales

B) Cansancio Emocional

Se analizaron las tres dimensiones de la MBI por separado. Donde observamos en relativo al Cansancio Emocional con un valor alto (27-54) por encima de la puntuación de corte 17 encuestados (54,8%) frente 14 por debajo (45,2%) (Figura 3).

Nivel de cansancio emocional

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1	5	16,1	16,1	16,1
2	9	29,0	29,0	45,2
3	17	54,8	54,8	100,0
Total	31	100,0	100,0	

Figura 3: Cansancio Emocional

También se analizaron las tres dimensiones de la MBI por subgrupos de facultativos y residentes. En residentes observamos en relativo al Cansancio Emocional con un valor alto (27-54) por encima de la puntuación de corte 6 encuestados (50%) frente 6 por debajo (50%). En facultativos observamos en relativo al Cansancio Emocional con un valor alto (27-54) por encima de la puntuación de corte 10 encuestados (52,6%) frente a 9 por debajo (47,4%).

C) Despersonalización

Donde observamos con un valor alto (10-30) por encima de la puntuación de corte 12 encuestados (38,7%) frente a 19 por debajo (61,3%) (Figura 4).

Nivel de despersonalización

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	12	38,7	38,7	38,7
	2	7	22,6	22,6	61,3
	3	12	38,7	38,7	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Figura 4: Despersonalización

También se analizaron las tres dimensiones de la MBI por subgrupos de facultativos y residentes. En residentes observamos en relativo la despersonalización con un valor alto (10-30) por encima de la puntuación de corte 8 encuestados (66,7%) frente 4 por debajo (33,3%). En facultativos observamos en relativo la despersonalización con un valor alto (10-30) por encima de la puntuación de corte 4 encuestados (21,1%) frente a 15 por debajo (78,9%).

D) Realización Personal:

Respecto a la Realización Personal con un valor bajo (0-33) encontramos 5 encuestados (16,1%) frente 26 por debajo (83,9%) (Figura 5).

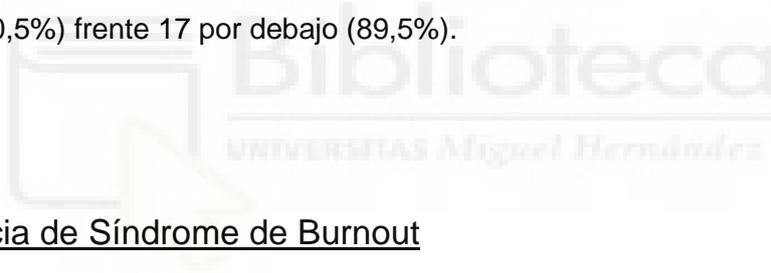
Nivel de realización personal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado

Válidos	1	5	16,1	16,1	16,1
	2	6	19,4	19,4	35,5
	3	20	64,5	64,5	100,0
Total		31	100,0	100,0	

Figura 5: Realización personal

También se analizaron las tres dimensiones de la MBI por subgrupos de facultativos y residentes. En residentes observamos en relativo a la Realización Personal con un valor bajo (0-33) encontramos 3 encuestados (25%) frente 10 por debajo (75%). En facultativos observamos en lo relativo a la Realización Personal con un valor bajo (0-33) encontramos 2 encuestados (10,5%) frente 17 por debajo (89,5%).



E) Presencia de Síndrome de Burnout

Como hemos citado anteriormente la presencia del síndrome se relaciona con puntuaciones altas en Cansancio Emocional (27-54) y Despersonalización (10-30) y bajas en la Realización Personal (0-33).

Observando en los 31 encuestados un total de 2 participantes con síndrome de Burnout (6,5%) frente a 29 sin presencia de padecer el síndrome (93,5%) (Figura 6).

Presencia de síndrome de burnout

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado

Válidos	NO	29	93,5	93,5	93,5
	SI	2	6,5	6,5	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Figura 6: Presencia de Burnout

También se analizó la presencia de síndrome de burnout por subgrupos de facultativos y residentes. Observando en los 2 encuestados un total de 19 facultativos presencia de Burnout (10,5%). En ningún residente había presencia de síndrome de burnout.

5.2. Descripción de las variables sociodemográficas y laborales

La muestra de este trabajo está constituida por un total de 31 encuestados de los 37 médicos que componen el Servicio de Medicina Interna de un hospital de 2º nivel (tasa de participación del 83,8%).

A) Sexo

Del total de los participantes 20 eran mujeres (64,5%) y 11 hombres (35,5%)(Figura 7).

Sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Mujer	20	64,5	64,5	64,5

Hombre	11	35,5	35,5	100,0
Total	31	100,0	100,0	

Figura 7: Sexo

B) Edad

La edad fue de 46 años o más en 13 participantes (el 41,9%), entre 25 y 27 en 6 (19,4%), entre 28 y 30 en 5 (el 16,1%), entre 31 y 35 5 (16,1%) y entre 35 y 45 años 2 (6,5%).

Edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
25-27	6	19,4	19,4	19,4
28-30	5	16,1	16,1	35,5
31-35	5	16,1	16,1	51,6
35-45	2	6,5	6,5	58,1
igual o mayor de 46	13	41,9	41,9	100,0
Total	31	100,0	100,0	

Figura 8: Edad

C) Estado civil

Atendiendo al estado civil 14 de los encuestados estaban casados (45,2%) 11 de los encuestados se encontraban en una relación estable (35,5%) y 5 estaban solteros (16,1%) (Figura 9). 1 no respondió a esta pregunta.

Estado civil

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
perdido	1	3,2	3,2	3,2
Casado/a	12	38,7	38,7	41,9
Relación estable	10	32,3	32,3	74,2
Soltero/a	5	16,1	16,1	90,3
Casado/a	2	6,5	6,5	96,8
Relación estable	1	3,2	3,2	100,0
Total	31	100,0	100,0	

Figura 9: Estado civil

D) Hijos

De los 31 encuestados, 14 tenían hijos (45,2%) frente a 16 que no tenían (51,6%) (Figura 10). 1 no respondió a esta pregunta.

Hijos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
perdidos	1	3,2	3,2	3,2
NO	16	51,6	51,6	54,8
Si	14	45,2	45,2	100,0
Total	31	100,0	100,0	

Figura 10: Hijos

E) Médicos Internos Residentes

Sobre la muestra de 31 encuestados, 12 eran residentes (38,7%) y 19 eran facultativos (61,3%). (Figura 11).

Residente

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	19	61,3	61,3	61,3
SI	12	38,7	38,7	100,0
Total	31	100,0	100,0	

Figura 11: Residente

F) ¿Tu pareja es sanitario/a?

Sobre la muestra de 31 encuestados, 16 tenían una pareja que era sanitario/a (51,6%). El resto no tenían pareja o su pareja no era sanitario. (Figura 12).

Tu pareja es sanitario/a

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
	1	3,2	3,2
NO	12	48,4	38,7
SI	16	51,6	38,7
Total	31	100,0	100,0

Figura 12: Tu pareja es sanitario/a

G) ¿Duración del contrato?

Sobre la muestra de 31 encuestados, 2 (6,5%) tenían un contrato cuya duración era <3 meses. 1 (3,2%) de 3 a 6 meses. Otros 2 (6,5%) de 6 a 12 meses. Y por último 26 (83,9%) tenían un contrato con una duración >12 meses o indefinido. (Figura 13).

Duración del contrato

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos < 3 meses	2	6,5	6,5	6,5
De 3 a 6 mese	1	3,2	3,2	9,7
De 6 a 12 meses	2	6,5	6,5	16,1
> 12 meses	26	83,9	83,9	100,0
Total	31	100,0	100,0	

Figura 13: Duración de contrato

H) ¿Número de guardias al mes?

Sobre la muestra de 31 encuestados, 4 (12,9%) tenían 0 guardias al mes. 13 (41,9%) hacían 2 guardias al mes. Otros 2 (6,5%) 3 guardias. Y por último 11 (35,5%) tenían 5 guardias al mes. (Figura 14).

Número de guardias al mes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ,0	4	12,9	13,3	13,3
2,0	13	41,9	43,3	56,7
3,0	2	6,5	6,7	63,3

	5,0	11	35,5	36,7	100,0
Total		30	96,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	3,2		
Total		31	100,0		

Figura 14: Guardias al mes

l) ¿Se respeta el horario y las libranzas?

Sobre la muestra de 31 encuestados, 11 (35,5%) respondieron que no se estaba respetando el horario o las libranzas. El resto respondieron que sí. (Figura 15).

¿Se respeta el horario y las libranzas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	11	35,5	35,5	35,5
	SI	20	64,5	64,5	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Figura 15: Cumplimiento de horario y de libranzas según el contrato.

J) ¿Crees que hay un buen ambiente de trabajo?

Sobre la muestra de 31 encuestados, 27 (87,1%) respondieron que sí había un buen ambiente de trabajo. (Figura 16).

¿Hay buen ambiente de trabajo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	4	12,9	12,9	12,9
	SI	27	87,1	87,1	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Figura 16: Ambiente de trabajo.

K) ¿Crees que tu trabajo está bien remunerado?

Sobre la muestra de 31 encuestados, 15 (48,4%) consideran que su trabajo no está bien remunerado. El resto si. (Figura 17).

¿Tu trabajo está bien remunerado?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	15	48,4	48,4	48,4

SI	16	51,6	51,6	100,0
Total	31	100,0	100,0	

Figura 17: Remuneración del trabajo.

L) ¿Has sufrido amenazas o agresiones en el trabajo?

Sobre la muestra de 31 encuestados, 11 (35,5%) respondieron que en al menos una ocasión sufrieron amenazas o agresiones en el trabajo. (Figura 18).

¿Has sufrido amenazas o agresiones?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NO	20	64,5	64,5	64,5
SI	11	35,5	35,5	100,0
Total	31	100,0	100,0	

Figura 18: Amenazas o agresiones.

M) Doy mi consentimiento para usar mis datos de manera anónima

El 100% de los encuestados dio su consentimiento para usar los datos.

6. Discusión

El síndrome de burnout es un problema creciente entre los profesionales sanitarios. Algunas encuestas a nivel nacional demuestran que la prevalencia es alta, y en algunos casos afecta hasta un tercio de los facultativos encuestados. Esta prevalencia se ha relacionado en otros estudios con factores sociodemográficos como la edad, siendo más frecuente en gente joven, por ejemplo, y con factores laborales: mal ambiente de trabajo, sensación de salario insuficiente, tener la sensación de no poder progresar en la carrera profesional y haber recibido amenazas por parte de pacientes, familiares de pacientes o compañeros.

En el caso de nuestra encuesta, los resultados en este hospital de 2º nivel de la Región de Murcia han sido favorables, en cuanto a la prevalencia del síndrome de burnout, si los comparamos con los observados en estudios previos (30-50% de profesionales sanitarios afectados).¹⁴⁻¹⁷

Al comparar nuestros resultados con los obtenidos a nivel nacional en el estudio publicado en 2019 por la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), encontramos que el cansancio emocional 2 años tras el inicio de la pandemia, es similar (54,8 vs 55%). El porcentaje de participantes con un grado de despersonalización alto es menor (38,7% vs 61,7%). Un 16,1% tienen un grado de realización personal bajo frente al 58,6%. Y el porcentaje de especialistas con síndrome de burnout es muy inferior, un 10,5% frente al 33,4%. Recordemos de los resultados que el 6,5% de los encuestados cumplían todos los criterios del síndrome (facultativos y residentes incluidos), pero si tenemos en cuenta únicamente a los facultativos, hasta el 10,5% cumplían criterios. En el estudio publicado por la SEMI en 2019 solamente se encuestaron facultativos.¹¹

Nos planteamos cuál podía ser la causa de las discrepancias entre nuestros resultados y los publicados en otras series. En concreto, los resultados publicados a nivel nacional en 2019 en especialistas de Medicina Interna,¹¹ se trató de una encuesta online en la que pudo haber una mayor participación de los profesionales más afectados, por lo que el grado de prevalencia de burnout pudo estar sobreestimado. En cambio, en el este estudio hubo una

participación de más del 80% del servicio. Por otra parte, estas diferencias también podrían deberse al azar debido a que el pequeño tamaño de la muestra no sea representativo de la población.

En cuanto a los residentes, muestran peores resultados que los facultativos y hay menos estudios previos. Tuvimos acceso a un TFM que describió la prevalencia del burnout en 2020 en los médicos residentes de varias especialidades de otro hospital de 2º nivel de la Región de Murcia.¹³ En los 28 encuestados había un total de 5 residentes (17.9%) con presencia de burnout frente a 0 residentes afectados en nuestro estudio. En cambio, los residentes de Interna de nuestro estudio tenían un mayor cansancio emocional (50% frente a 42,9%) y mayor despersonalización (66,7% frente a 50%).

Este síndrome tiene la importancia de hacer un diagnóstico precoz. Se relaciona con otros problemas de la salud y también con una disminución del rendimiento laboral. Hay estudios que han encontrado una relación del síndrome con cuadros de ansiedad y depresión,¹⁸ abuso de sustancias y con la aparición de síntomas psicósomáticos.¹⁹ Además, en estudios previos se ha observado un empobrecimiento de la calidad asistencial, con un aumento del absentismo laboral, una mayor solicitud de reducción de jornada, una disminución de la productividad y de la eficiencia y un aumento de los errores médicos.²⁰ Por último, los profesionales que sufren burnout tienen la sensación de haber elegido mal su carrera profesional.¹⁷

Por todos estos motivos consideramos necesario evaluar de forma activa y periódica el grado de burnout del personal de los servicios hospitalarios y otros servicios de salud relacionados con la atención de los pacientes.

Cabe destacar la gran prevalencia de amenazas y agresiones referidas. Hasta el 35,5% de los encuestados han sufrido al menos un episodio de amenazas o agresiones. Desafortunadamente, estos resultados son similares a los encontrados en otros estudios.²¹ Es necesario que las autoridades competentes tomen las medidas necesarias para brindar una mayor protección al personal sanitario.

Además, creemos que es importante mejorar las condiciones laborales del personal

sanitario para evitar la precariedad laboral y los sueldos bajos, así como facilitar la conciliación familiar. Otros resultados destacables son que hasta un 48,4% de los encuestados consideran que su trabajo no está bien remunerado. Y hasta el 35,5% respondieron que no se estaba respetando el horario laboral o las libranzas.

La principal limitación de este estudio es que no ha tenido un gran volumen de participantes al haberse llevado a cabo en un único servicio de Medicina Interna.



7. Conclusiones

El síndrome de burnout tuvo una baja prevalencia en un servicio de M. Interna de un hospital de 2o nivel de la Región de Murcia.

Más de la mitad de los encuestados presentaron un alto grado de cansancio emocional, aunque la mayoría tenían un grado de realización personal medio o alto.

Aunque no hubo ningún residente con síndrome de burnout, en nuestra encuesta encontramos una mayor prevalencia de despersonalización y bajo grado de realización personal en los residentes.

La prevalencia de respuestas negativas en variables laborales tales como: remuneración económica, amenazas y agresiones y cumplimiento del horario laboral y libranzas; ha sido alta.



8. Bibliografía

1. FIDALGO VEGA, Manuel, 2000. Nota técnica de prevención 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o " burnout"(II): consecuencias, evaluación y prevención. En INSST. Disponible en: https://www.insst.es/documents/94886/327446/ntp_705.pdf/a6901ca1-e0a3-444d-96dd-419079da204d
2. FIDALGO VEGA, Manuel, 2000. Nota técnica de prevención 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o " burnout"(I): definición y proceso de generación. En INSST. Disponible en: https://www.insst.es/documents/94886/326775/ntp_704.pdf
3. JIMÉNEZ, Jesús Carlos Rubio. *Fuentes de estrés, Síndrome de Burnout y Actitudes disfuncionales en Orientadores de Instituto de Enseñanza Secundaria [en línea]*. Tesis Doctoral. Universidad de Extremadura. 2003. [Consulta: enero de 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=1494>
4. CANO MATEO, Julia. *Evaluación de la turnicidad en el personal sanitario del hospital HVA mediante cuestionario standard shiftwork index [en línea]*. Trabajo fin de máster: Lugar de publicación: Universidad Miguel Hernández. 2020 [consulta: enero de 2021]. Disponible en: <http://dspace.umh.es/handle/11000/5804?mode=full>.
5. YATES, Matthew; SAMUEL, Victoria. Burnout in oncologists and associated factors: A systematic literature review and meta-analysis [en línea]. *European journal of cancer care*, 2019, vol. 28, no 3, p. e13094. [Consulta: enero de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31090179/>
6. MASLACH, Christina; LEITER, Michael P. New insights into burnout and health care: Strategies for improving civility and alleviating burnout [en línea]. *Medical teacher*, 2017, vol. 39, no 2, p. 160-163. [Consulta: enero de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27841065/>

-
7. PEREDA-TORALES, Luis, et al. Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico [en línea]. *Salud mental*, 2009, vol. 32, no 5, p. 399-404. [Consulta: febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58212261006>
 8. PATEL, Rikinkumar S., et al. Factors related to physician burnout and its consequences: a review [en línea]. *Behavioral sciences*, 2018, vol. 8, no 11, p. 98. [Consulta: enero de 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/bs8110098>
 9. SHAH, Kaushal, et al. Focus on mental health during the coronavirus (COVID-19) pandemic: applying learnings from the past outbreaks [en línea]. *Cureus*, 2020, vol. 12, no 3. [Consulta: enero de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32337131/>
 10. RAUDENSKÁ, Jaroslava, et al. Occupational burnout syndrome and post-traumatic stress among healthcare professionals during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic [en línea]. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 2020, vol. 34, no 3, p. 553-560. [Consulta: enero de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33004166/>
 11. MACÍA-RODRÍGUEZ, C., et al. Síndrome de burnout en especialistas de medicina interna y factores asociados a su desarrollo [en línea]. *Revista Clínica Española*, 2020, vol. 220, no 6, p. 331-338. [Consulta: enero de 2021]. Disponible en: <https://www.revclinesp.es/es-sindrome-burnout-especialistas-medicina-interna-articulo-S0014256519302978>
 12. BARRERA, L., et al. CO-353-Aumento del síndrome de burnout en especialistas de Medicina Interna desde el año 2019 al 2020 [en línea]. Comunicación 41º congreso de la Sociedad Española de M. Interma. *Rev Clin Esp.* 2021;221(Espec Congr): 381.

-
13. MARTÍNEZ NAVARRO, Raquel. *Evaluación del síndrome burnout en médicos residentes de un hospital de 2o nivel de la Región de Murcia [en línea]*. Trabajo fin de máster. Lugar de publicación: Universidad Miguel Hernández. 2020 [consulta: enero de 2021]. Disponible en: <http://dspace.umh.es/>
14. CIAMMELLA, Patrizia, et al. The “BUONGIORNO” project: burnout syndrome among young Italian radiation oncologists [en línea]. *Cancer investigation*, 2013, vol. 31, no 8, p. 522-528. [consulta: enero de 2021]. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/07357907.2013.830735>
15. RAIMO, John, et al. The correlation of stress in residency with future stress and burnout: a 10-year prospective cohort study [en línea]. *Journal of graduate medical education*, 2018, vol. 10, no 5, p. 524-531. [consulta: enero de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30386477/>
16. KANSOUN Z., et al. Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis [en línea]. *J Affect Disord.* 2019;246:132---47. [consulta: enero de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30580199/>
17. LANCET, The. Physician burnout: a global crisis [en línea]. *Lancet (London, England)*, 2019, vol. 394, no 10193, p. 93. [consulta: enero de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305255/>
18. PANAGIOTA, Koutsimani; ANTHONY, Montgomery; KATERINA, Georganta. The Relationship Between Burnout [en línea]. *Depression, and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. Frontiers in Psychology*, 2019, vol. 10, p. 284. [consulta: enero de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30918490/>
19. GRAU, Armand; SUÑER, Rosa; GARCÍA, María M. Burnout syndrome in health workers and relationship with personal and environmental factors [en línea]. *Gaceta Sanitaria*, 2005, vol. 19, no 6, p. 463-470. [Consultado enero 2022]. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16483524/>

20. SHANAFELT, Tait D., et al. Longitudinal study evaluating the association between physician burnout and changes in professional work effort [en línea]. En *Mayo Clinic Proceedings*. Elsevier, 2016. p. 422-431. [Consultado enero 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27046522/>
21. NATIONAL OBSERVATORY OF AGGRESSIONS TO PHYSICIANS (ONAM) WORKGROUP, GENERAL COUNCIL OF OFFICIAL MEDICAL ASSOCIATIONS OF SPAIN (CGCOM). National report on aggressions to physicians in Spain 2010–2015: violence in the workplace—ecological study [en línea]. *BMC research notes*, 2018, vol. 11, p. 1-6. [Consultado enero 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29866171/>
22. LEO, Carlo Giacomo, et al. Burnout among healthcare workers in the COVID 19 era: a review of the existing literature [en línea]. *Frontiers in public health*, 2021, vol. 9. [Consultado febrero 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8585922/>

Anexos

Anexo I

Se solicita su autorización para participar en el proyecto “Evaluación del síndrome de burnout en médicos especialistas y médicos internos residentes de medicina interna de un hospital de 2º nivel de la Región de Murcia tras 2 años desde el inicio de la pandemia por sars-cov-2” cuya investigadora principal es Lorena Ivorra y cuyo objetivo consiste en “describir la prevalencia del síndrome de burnout en los especialistas y médicos internos residentes de Medicina Interna de un Hospital de 2º Nivel de la Región de Murcia tras 2 años desde el inicio de la pandemia por sars-cov-2, mediante el cuestionario online de Maslach Burnout Inventory (MBI)”.

La participación en éste estudio es totalmente voluntaria, si usted no desea participar en el estudio, no habrá ninguna consecuencia negativa para usted. En cualquier momento puede retirarse del estudio dejando de cumplimentar la encuesta, sin que ello tenga ninguna consecuencia. La respuesta es completamente anónima, por lo que no se dispondrá de ningún dato que pueda identificarle. Si tiene alguna pregunta sobre este proyecto de investigación, puede consultar en cualquier momento con el investigador Alejandro Sánchez cuyo email es alejandro.sanchez.m.94@gmail.com.

Si usted responde a las cuestiones que se le propone, se entiende de forma tácita que ha comprendido el objetivo del presente estudio, que ha podido preguntar y aclarar las dudas que se le hubieran planteado inicialmente y que acepta participar en el estudio. El equipo investigador le agradece su valiosa participación.

TABLA 1

CUESTIONARIO - BURNOUT- Maslach Burnout Inventory (MBI) Para médicos de un Hospital de 2º Nivel de la Región de Murcia.
--

1. Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes que tengo que atender
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales
6. Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo para mi
7. Considero que trato con mucha efectividad los problemas de los pacientes
8. Siento que mi trabajo me está desgastando
9. Considero que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de los pacientes
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que realizo este trabajo
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente
12. Me siento muy activo
13. Me siento frustrado en mi trabajo
14. Creo que estoy trabajando demasiado
15. Realmente no me preocupa lo que les ocurre a mis pacientes
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes

19. He conseguido muchas cosas valiosas con mi profesión
20. Me siento acabado, al límite de mis posibilidades
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma
22. Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas
<p>Los grados de intensidad son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 0= nunca ● 1= pocas veces al año o menos ● 2= una vez al mes o menos ● 3= unas pocas veces al mes o menos ● 4= una vez a la semana ● 5= pocas veces a la semana ● 6= todos los días.

TABLA 2

Variables Sociodemográficas
<p>Sexo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mujer ● Hombre
<p>Edad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 25-27 ● 28-30 ● 31-35 ● 35-45 ● igual o >46
<p>Estado Civil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Casado ● Soltero ● En una relación estable

<p>Hijos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Si ● No
<p>Médico interno residente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Si ● No
<p>Pareja profesional sanitario:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Si ● No
<p>Doy mi consentimiento para la utilización de estos datos en el estudio de manera anónima:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Si ● No

TABLA 3

Condiciones laborales
<p>¿Cuál es la duración de tu actual contrato?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <3 meses ● 3-6 meses ● 6-12 meses ● > 12 meses ● Plaza fija
<p>¿Cuántas guardias haces al mes?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 0 a 2 ● 3 - 4 ● 5

<p>¿Se cumplen el horario laboral y las libranzas establecidas en tu contrato?</p> <ul style="list-style-type: none">• Si• No
<p>¿Consideras que hay un buen ambiente de trabajo?</p> <ul style="list-style-type: none">• Bueno• Malo• Regular
<p>¿Consideras que tu trabajo está bien remunerado?</p> <ul style="list-style-type: none">• Si• No
<p>¿Has recibido amenazas o agresiones durante el desempeño de tu trabajo?</p> <ul style="list-style-type: none">• Si• No





AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

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

INFORMA: Que se ha solicitado la autorización para realizar un estudio de investigación en el Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer por parte del Investigador DR. ALEJANDRO SÁNCHEZ MARTÍNEZ, R.3 Medicina Interna, Tutor del Área VI es el Dr. Sergio ALEMÁN BELANDO, F.E.A. Medicina Interna. El título de estudio es: “Evaluación del Síndrome Burnout en médicos especialistas y médicos internos residentes de Medicina interna de un hospital de 2º nivel de la Región de Murcia tras 2 años desde el inicio de la pandemia por SARS-COV-2”. Código-CETI: 22/22.

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

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

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

En Murcia a 27 de abril de 2022

Fdo. : Jesus Leal Llopis
 Vice-Presidente Comisión Evaluación
 Trabajos de Investigación Área VI

