



**FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ**

TRABAJO FIN DE MÁSTER EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

**Título: “SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE LOS
PROFESIONALES SANITARIOS DE UNA UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS”**

**Alumno: Torrano Ferrández, Ana
Tutor: Prieto Castello, María José**

Curso: 2023/2024





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

D./D^a. MARÍA JOSÉ PRIETO CASTELLÓ, Tutora del Trabajo Fin de Máster, titulado “SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS” y realizado por el estudiante ANA TORRANO FERRENADEZ.

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

Fecha de la autorización: 23/07/2024

Fdo.: María José Prieto Castelló
Tutor/a TFM



“SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS”

RESUMEN

Introducción: El “Síndrome de Burnout” o desgaste profesional es una patología que deriva de la interacción del individuo con unas determinadas condiciones psicosociales nocivas en el ambiente de trabajo.

Objetivo: Analizar la prevalencia de Síndrome de Burnout en los profesionales sanitarios de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital de la Región de Murcia.

Métodos: Se realiza un estudio observacional de tipo transversal, en el que se incluyó a todo el personal que ha trabajado durante más de 4 meses en el servicio de forma ininterrumpida, y aquellos profesionales que habían trabajado previamente en UCI y habían abandonado el puesto en los últimos 4 meses. Los criterios de exclusión fueron aquellos profesionales parte del servicio volante del hospital, alternando trabajo en UCI con otras zonas del hospital. La herramienta utilizada para el diagnóstico del síndrome fue el cuestionario Maslach Burnot Inventory (MBI), cuestionario validado para profesionales sanitarios constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo. Se distribuyó la encuesta en mano a cada uno de los profesionales de la UCI y se recogió de la misma forma, sin que conste ningún otro dato identificativo, ni edad, género ni años trabajados. Únicamente se preguntó sobre la profesión del encuestado.

Resultados: Se analizaron 96 profesionales, siendo aproximadamente de un 24% del personal el riesgo alto de “Cansancio emocional”, siendo el de “Despersonalización” y el de “Realización personal”, bajo. Al comparar las subescalas de la encuesta en cada grupo de profesionales, la presencia de frustración, la sensación de pasar demasiado tiempo en el trabajo y la insensibilidad con los pacientes fue superior en el grupo de los médicos residentes, siendo el riesgo de burnout en este grupo, alto.

Conclusiones: La presencia de síndrome de burnout entre el personal MIR es frecuente, afectando en torno a un 50% de los encuestados, siendo el riesgo alto de ausencia de realización personal a consecuencia del trabajo, aún más elevado.

Palabras clave: Burnout, sanitarios, UCI, agotamiento, desgaste.

“BURNOUT SYNDROME AMONG HEALTH PROFESSIONALS IN AN INTENSIVE CARE UNIT”

ABSTRACT

Introduction: Burnout syndrome is a pathology that results from the interaction of the individual with certain harmful psychosocial conditions in the work environment.

Objective: To analyze the prevalence of burnout syndrome in healthcare professionals in the Intensive Care Unit (ICU) of a hospital in the Region of Murcia.

Methods: A cross-sectional observational study was carried out, which included all staff who have worked continuously for more than 4 months in the service, and those professionals who have previously worked in the ICU and have left the post in the last 4 months. The exclusion criteria were those professionals who are part of the hospital's mobile service, alternating work in the ICU with other areas of the hospital. The tool used to diagnose the syndrome was the Maslach Burnout Inventory (MBI), a validated questionnaire for healthcare professionals consisting of 22 items in the form of statements about the professional's feelings and attitudes in their work. The survey was distributed by hand to each of the ICU professionals and was collected in the same way, without recording any other identifying data, neither age, gender nor years worked. Only the profession of the respondent was asked.

Results: 96 professionals were analyzed, with approximately 24% of the staff having a high risk of “Emotional exhaustion”, with “Depersonalization” and “Personal fulfillment” being low. When comparing the subscales of the survey in each group of professionals, the presence of frustration, the feeling of spending too much time at work and insensitivity to patients was higher in the group of resident physicians, with the risk of burnout in this group being high.

Conclusions: The presence of burnout syndrome among MIR staff is frequent, affecting around 50% of the respondents, with the high risk of lack of personal fulfillment as a result of work being even higher.

Keywords: Burnout, healthcare workers, ICU, exhaustion, burnout.

INDICE:

Resumen.....	3
Abstract.....	4
1. Introducción.....	6
2. Justificación.....	10
3. Hipótesis y objetivos.....	11
4. Metodología.....	12
- Diseño del trabajo.....	12
- Sujetos del estudio.....	12
- Tamaño muestral y procedimiento.....	12
- Variables a estudio.....	13
- Recogida de variables.....	16
- Análisis estadístico de los datos.....	16
5. Resultados.....	17
6. Discusión.....	32
- Factores relacionados y posibles medidas preventivas.....	33
- Puntos fuertes y limitaciones.....	35
7. Conclusiones.....	36
8. Aspectos éticos.....	37
9. Aplicabilidad de los resultados y posibles medidas preventivas.....	38
10. Bibliografía.....	39

Anexo I. Abreviaturas

Anexo II. Informe COIR

Anexo III. Informe Dictamen Protocolo Favorable (CEIm/CEI)

1. Introducción

El “Síndrome de Burnout” o desgaste profesional es una patología que deriva de la interacción del individuo con unas determinadas condiciones psicosociales nocivas en el ambiente de trabajo (1). Aunque es posible en numerosas profesiones, se desarrolla generalmente en las profesiones de ayuda e interrelación social frecuente, siendo los profesionales sanitarios un grupo de riesgo, ya que tienen que hacer frente en su día a día a jornadas de trabajo con turnos de más de 8 horas y a situaciones estresantes y emocionalmente difíciles, siendo estos factores posibles desencadenantes de cansancio tanto físico como emocional, hostilidad, ansiedad, y, a la larga, peor calidad en el desempeño laboral (2). Este conjunto de síntomas es lo que se conoce como como “Síndrome de Burnout”, tal y como lo definió en 1974 Herbert Freudenberg: “Una sensación de fracaso y una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador” (3), apareciendo incluso en la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-11, como “síndrome de desgaste profesional” (3). Aunque existen varias definiciones de este síndrome, la más utilizada es la de Maslach y Jackson de 1981: “Un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir entre individuos que hacen alguna clase de trabajo con personas” (4).

El agotamiento emocional y físico se manifiestan como falta de energía y entusiasmo, pudiendo acompañarse de frustración y tensión en los profesionales. La despersonalización o deshumanización se muestra cuando los sanitarios tratan a los pacientes y a sus compañeros como si fueran objetos, mostrándose insensibles y predominando en ellos el cinismo y la falta de afecto, con crítica excesiva hacia todo su entorno. Por otro lado, la disminución de la realización personal en el trabajo se manifiesta como la tendencia del empleado a evaluarse negativamente, sintiéndose descontentos consigo mismos, insatisfechos con su desarrollo profesional y experimentando una disminución en el sentido de competencia y éxito en su trabajo, así como en su capacidad de interactuar con los demás (5).

El síndrome de burnout surge como respuesta prolongada al estrés crónico en el lugar de trabajo, y se caracteriza por tres síntomas principales: agotamiento emocional, despersonalización y una disminución en la realización personal. Las personas que

sufren este desgaste profesional experimentan una profunda sensación de agotamiento, indiferencia hacia su trabajo y una percepción acusada de ineficacia profesional.

Debido a que las alteraciones de índole psicológica que sufre la persona que lo padece se entienden como contextuales y secundarias a la naturaleza socio-profesional del síndrome, no se culpa a la persona como responsable del cuadro, siendo por ello una patología menos estigmatizante que la mayoría de las enfermedades mentales (6).

Son diferentes los factores que influyen en el desarrollo de este síndrome, ya que resulta de la interacción del trabajador con el ambiente laboral y con las relaciones interpersonales entre trabajadores, destacando las variables individuales, sociales y organizacionales. En cuanto a las individuales, el género y la edad parecen ser un factor diferencial, siendo mayor el riesgo en mujeres jóvenes (7) así como la personalidad, siendo aquellas con baja estabilidad emocional las más vulnerables (8). Por otro lado, a nivel social, el apoyo que percibe el trabajador que recibe, influye de manera inversamente proporcional al desarrollo de desgaste profesional, siendo las variables organizacionales las que pueden desencadenarlo si se carece de medidas de prevención primaria (9).

Aunque el término “síndrome de burnout” fue utilizado por primera vez en 1976 por Cristina Maslach, ya fue descrito en 1974 por el psiquiatra alemán Freudenberg, siendo en estas últimas décadas, ante el aumento de las demandas laborales y la presión en diversos entornos profesionales, en las que el fenómeno ha ganado relevancia. Tiene su origen en Estados Unidos, asociándose a trabajos realizados a mediados de los setenta, y es desde entonces, un campo de estudio científico y fecundo, siendo ya en 1998, en una revisión en bases de datos y bibliografías especializadas, donde se revelaron miles de entradas sobre el tema (10). Estos datos dan a conocer el síndrome de burnout internacionalmente como un problema importante tanto individual, como social y académico.

Reconocerlo y abordarlo es crucial para promover el bienestar y la salud mental de los trabajadores, así como para mejorar la productividad y la eficiencia en cada puesto de trabajo, garantizando un sistema de salud seguro.

Como ya se ha mencionado, el personal sanitario está constantemente expuesto a situaciones de alta presión, largas jornadas laborales y elevada responsabilidad a la hora de tomar decisiones críticas que afectan a la vida de sus pacientes, dada la naturaleza humana de su labor asistencial, por lo que el impacto del burnout en el personal sanitario, no solo afecta a su bienestar individual, sino también a la calidad del cuidado que brindan, aumentando la probabilidad de errores y disminuyendo la empatía hacia los pacientes (4, 11).

Dentro del personal de la salud, la tasa de burnout es elevada, estimándose una prevalencia global en torno al 30-60% (12) siendo incluso más alta dentro del personal de enfermería en relación con el de auxiliares y médicos (13).

La prevalencia del síndrome varía además por especialidad médica, siendo las especialidades con alta demanda asistencial y emocional como la medicina de urgencias, la oncología y la medicina en críticos, las que muestran tasas más altas en comparación con otras especialidades (14,15). Entre el personal de la UCI, varios estudios señalan la prevalencia del síndrome entre un 6 – 47%, siendo diferente en función de la nación estudiada, constituyendo factores de estrés potenciales la sobrecarga de responsabilidad, los problemas al final de la vida y los conflictos interpersonales (16, 17).

Para su diagnóstico, el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) del año 1981 para personal sanitario, es el más utilizado en el campo de la investigación y tiene en cuenta tres dimensiones: la despersonalización, el agotamiento emocional y la baja realización personal en el trabajo (18). Cuenta con un total de 22 ítems en forma de afirmaciones, con los que se valoran los tres campos antes mencionados.

El presente trabajo tiene como objetivo conocer en profundidad el síndrome de desgaste profesional con un enfoque particular en el personal sanitario de la Unidad de Cuidados Intensivos. Dada la importancia vital de los profesionales de la salud en el mantenimiento y mejora de la calidad de la población, resulta imperativo entender los factores que contribuyen al desarrollo del burnout en este grupo, así como las posibles estrategias de prevención y manejo.

A través de un enfoque multidisciplinario que combina análisis cuantitativos, este trabajo examinará las manifestaciones del síndrome de burnout y sus consecuencias a nivel individual. Además, se explorarán intervenciones efectivas que puedan ser implementadas para mitigar este problema, promoviendo así un entorno de trabajo más saludable y sostenible para los profesionales de la salud.



2. Justificación

El “síndrome de burnout” o de desgaste profesional es una patología que deriva de la interacción del individuo con unas determinadas condiciones psicosociales perjudiciales en el entorno laboral, dando lugar a agotamiento emocional, despersonalización y reducción de la realización personal en el trabajo. Es especialmente prevalente en el personal sanitario debido a las características de la labor asistencial que realizan, siendo llamativo en las unidades de críticos, por lo que este trabajo tiene como objetivo analizar dicha prevalencia, así como conocer el impacto del síndrome en cada uno de los profesionales, con la finalidad de identificar posibles factores contribuyentes, consecuencias y posibles intervenciones, ya que a la larga, la presencia de este síndrome puede traducirse en empeoramiento de la calidad asistencial a los pacientes.



3. Hipótesis y objetivos

Es frecuente que los riesgos de característica psicosocial pasen fácilmente desapercibidos y sean socialmente mejor tolerados, lo contrario a lo que ocurre con los riesgos físicos. Los factores de riesgo psicosocial pueden ocasionar igualmente daños y problemas de salud igualmente severos, tales como el “síndrome de estar quemado en el trabajo” o “síndrome de burnout”, por lo que consideramos necesario analizar la prevalencia de esta patología, así como los factores de riesgo relacionados, para facilitar la concienciación además del inicio de medidas preventivas para evitarlo.

Por tanto, hipotetizamos que el síndrome de burnout es muy frecuente en el personal que trabaja en la Unidad de Cuidados Intensivos, y que podría estar relacionado con la profesión de los trabajadores.

Objetivos:

Objetivo principal:

- Analizar la prevalencia del “Síndrome de Burnout” o desgaste profesional en los profesionales sanitarios de una Unidad de Cuidados Intensivos de la Región de Murcia, dos años tras la pandemia por SARS-CoV2.

Objetivos secundarios:

- Describir la relación entre la presencia del síndrome y los diferentes profesionales de la UCI.
- Realizar un análisis de subgrupos, relacionando la profesión sanitaria con cada una de las tres dimensiones del síndrome.
- Correlacionar las tres dimensiones del síndrome entre sí.

4. Metodología

4.1 Diseño del trabajo

Se trata de un estudio observacional de tipo transversal realizado entre el 1 de febrero de 2024 y el 1 de junio de 2024, con el que se pretende analizar la presencia del síndrome de burnout o de desgaste profesional entre los profesionales sanitarios de la Unidad de Cuidados Intensivos, así como determinar entre la presencia del síndrome y la profesión del trabajador de mencionada unidad, desde auxiliares, personal de enfermería, residentes, facultativos y administrativos.

4.2 Sujetos de estudio

Los profesionales sanitarios incluidos en este estudio han sido todos aquellos que han contestado a la encuesta Maslach Burnout Inventory (MBI), de forma voluntaria y anónima. Está compuesta de 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes de cada profesional, con la intención de medir la frecuencia e intensidad del desgaste laboral.

Los criterios de inclusión fueron, por ello, todo el personal que trabaje en UCI y lleve más de 4 meses en el servicio de forma ininterrumpida, y aquellos profesionales que hayan trabajado previamente en UCI y hayan abandonado el puesto de trabajo en los últimos 4 meses. Se excluyó a todo el personal que, pese a trabajar en el servicio, forme parte del equipo volante del hospital y alterna el trabajo en UCI con otras áreas del hospital.

4.3 Tamaño muestral y procedimiento

No se realizó cálculo del tamaño muestral, ya que, tras depurar la base de datos obtenida, se incluyó el total del registro de profesionales que respondieron. El procedimiento para la recogida de la información se realizó mediante la administración, en mano, del cuestionario MBI en un sobre. Una vez cumplimentado el cuestionario se recogió en mano, o bien se dejaba en un espacio de la UCI reservado para ello.

4.4 Variables a estudio

Todas las variables analizadas fueron obtenidas de forma prospectiva, siguiendo un protocolo de recogida de variables mediante la encuesta validada para profesionales sanitarios con 22 ítems (cuestionario Maslach Burnout Inventory), que mide los 3 aspectos del síndrome de burnout:

- a) Subescala de agotamiento o cansancio emocional. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20), con una puntuación máxima de 54 puntos.
- b) Subescala de despersonalización. Valora el grado en el que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22), con una puntuación máxima de 30.
- c) Subescala de realización personal. Evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21), con una puntuación máxima de 48.

Subescala	Ítems	Puntaje por ítem	Puntaje por subescala	Indicios Burnout
Agotamiento emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	De 0 a 6	De 0 a 54	Más de 26
Despersonalización	5, 10, 11, 15, 22	De 0 a 6	De 0 a 30	Más de 9
Realización personal	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	De 0 a 6	De 0 a 48	Menos de 34

Valores de referencia:

	BAJO	MEDIO	ALTO
Cansancio emocional	0 - 18	19 - 26	27 - 54
Despersonalización	0 - 5	6 - 9	10 - 30
Realización personal	0 - 33	34 - 39	40 - 56

Cada una de las preguntas se responde mediante una escala Likert de 7 posibilidades:

Ítem	Valor
Nunca / Ninguna vez	0
Casi Nunca / Pocas veces al año	1
Algunas veces / Una vez al mes o menos	2
Regularmente / Pocas veces al mes	3
Bastantes veces / Una vez por semana	4
Casi siempre / Pocas veces por semana	5
Siempre / Todos los días	6



MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI – HSS)
INVENTARIO BURNOUT DE MASLACH (MBI - HSS)

Edad: _____ Sexo/género: _____

Área de trabajo: _____ Tiempo de trabajo: _____

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada enunciado y marque los casilleros correspondientes a la frecuencia de sus sentimientos acerca del trabajo donde labora. Las opciones que puede marcar son:

- 0 = Nunca / Ninguna vez
- 1 = Casi nunca/ Pocas veces al año
- 2 = Algunas Veces / Una vez al mes o menos
- 3 = Regularmente / Pocas veces al mes
- 4 = Bastantes Veces / Una vez por semana
- 5 = Casi siempre / Pocas veces por semana
- 6 = Siempre / Todos los días

	Nunca / Ninguna vez	Casi nunca/ Pocas veces al año	Algunas Veces / Una vez al mes o menos	Regularmente / Pocas veces al mes	Bastantes Veces / Una vez por semana	Casi siempre / Pocas veces por semana	Siempre / Todos los días
	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo							
4. Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas que tengo que atender							
5. Creo que trato a algunas personas como si fueran objetos impersonales							
6. Trabajar todo el día con personas es realmente estresante para mí							
7. Trato con mucha efectividad los problemas de las personas							
8. Siento que mi trabajo me está desgastando							
9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de los demás con mi trabajo							
10. Me he vuelto insensible con la gente desde que ejerzo esta ocupación							
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
12. Me siento muy energético							
13. Me siento frustrado por mi trabajo							
14. Siento que estoy trabajando demasiado							
15. No me preocupa realmente lo que ocurre a algunas personas a las que doy servicio							
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés							
17. Fácilmente puedo crear un clima agradable en mi trabajo							
18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas							
19. He conseguido muchas cosas valiosas en este trabajo							
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades							
21. En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma							
22. Creo que las personas a quienes atiendo me culpan de sus problemas							

Anexo I. Escala Maslach Burnout Inventory

4.5 Recogida de variables

Las variables analizadas se han recogido de manera prospectiva, mediante la realización de la encuesta MBI, de manera voluntaria y anónima, quedando únicamente constancia del puesto de trabajo de cada profesional sanitario para el análisis de los resultados.

4.6 Análisis de datos

El análisis de los ítems del cuestionario será realizado mediante el cálculo de las frecuencias absolutas y relativas de cada uno de los ítems. El valor de las diferentes dimensiones del síndrome, calculado por la suma de la puntuación de los diferentes ítems que lo forman, se muestran como mediana (rango intercuartil) tras comprobar la distribución no normal de la muestra con el test de Kolmogorov Smirnov.

El análisis de la relación entre dos variables categóricas se realiza mediante la prueba de χ^2 de Pearson. La comparación entre una variable cualitativa de 3 o más opciones y una cuantitativa se realizaba mediante la prueba ANOVA de un factor o la de Kruskal-Wallis cuando la variable cuantitativa no siga una distribución normal. Las correlaciones entre el valor número de las dimensiones del síndrome entre sí, se realizaron mediante la prueba r de Pearson o de Spearman según la distribución normal o no de las variables cuantitativas.

Todos los análisis se realizarán mediante contraste bilateral, y se considerarán como significativos los valores de p inferior a 0,05. Para el análisis estadístico se utiliza el paquete informático SPSS versión 27.0 para Windows (SPSS; Chicago, IL).

5. Resultados

Durante el periodo de recogida de las encuestas, se han obtenido un total de 96 profesionales sanitarios encuestados, trabajadores de la Unidad de Cuidados Intensivos dos años tras la pandemia por SARS-CoV2, siendo el total de la plantilla de 102 profesionales (94,1%).

La distribución de los encuestados en relación con su puesto de trabajo en la UCI se muestra en la Tabla 1. La mayoría de los profesionales analizados forman parte del colectivo de enfermería (54,2 % de enfermeros/as y 21,9% de auxiliares de enfermería).

Tabla 1. Distribución del personal sanitario analizado.

	N	%
FEA	13	13,5
MIR	10	10,4
Enfermería	52	54,2
Auxiliares	21	21,9

Definición de abreviaturas: FEA: Facultativo especialista adjunto; MIR: Médico Interno Residente.

*Los datos se expresan como número y porcentaje (%).

Descripción de las respuestas a los ítems de la encuesta

En las tablas 2, 3 y 4 se han agrupado las respuestas de los 96 trabajadores de la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital de la Región de Murcia, en cada una de las subescalas o dimensiones recogidas en el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI).

En la Tabla 2 se muestran las respuestas relacionadas con la dimensión “Cansancio emocional”. Aunque los encuestados que refieren agotamiento emocional *Siempre/Casi siempre* son únicamente el 9,4% del personal evaluado, los que refieren *Nunca/Casi nunca* son el 29,2% de los encuestados. La mayoría de los respondedores refieren un porcentaje de agotamiento emocional que oscila entre *Algunas veces* y *Bastantes veces*. El 24% del personal refiere *Siempre/Casi siempre* cansancio al final del día, mientras que el 12,5% refiere *Nunca/Casi nunca*.

Únicamente el 29,2% de los casos refieren fatiga al levantarse de forma al menos *Regularmente*, y el 65,5% refieren que *Nunca/Casi nunca* están cansados de trabajar con gente.

Casi un tercio del personal (30,2%) refiere desgaste laboral frecuente, y el 18,7%, frustración frecuente en el trabajo (desde *Regularmente* a *Siempre*).

El 13,5% del personal, refiere que siente *Siempre/Casi siempre* que pasa mucho tiempo en el trabajo, siendo el 6,3% de la muestra la que refiere estrés por trabajar con personas con esta misma frecuencia. El 7,3% refiere que *Siempre/Casi Siempre* trabajan al límite de su energía. Por ello, el riesgo de “Cansancio Emocional” alto afecta al 24% del personal, siendo la mediana de valor de esta dimensión de 17 (10, 26) puntos.

Tabla 2. Respuestas a los ítems del cuestionario agrupados en la dimensión “Cansancio Emocional”.

	N	%
Agotamiento emocional		
Nunca	4	4,2
Casi nunca	24	25
Algunas veces	30	31,3
Regularmente	10	10,4
Bastantes veces	19	19,8
Casi siempre	6	6,3
Siempre	3	3,1
Cansancio al final del día		
Nunca	1	1
Casi nunca	11	11,5
Algunas veces	25	26
Regularmente	15	15,6
Bastantes veces	21	21,9
Casi siempre	14	14,6
Siempre	9	9,4
Fatiga al levantarse		
Nunca	18	18,8
Casi nunca	31	32,3
Algunas veces	19	19,8
Regularmente	12	12,5
Bastantes veces	3	3,1
Casi siempre	9	9,4
Siempre	4	4,2
Cansados de trabajar con gente		
Nunca	22	22,9
Casi nunca	41	42,7
Algunas veces	15	15,6
Regularmente	9	9,4
Bastantes veces	3	3,1
Casi siempre	4	4,2
Siempre	2	2,1

Tabla 2. Respuestas a los ítems del cuestionario agrupados en la dimensión “Cansancio emocional” (continuación).

Desgaste laboral		
Nunca	9	9,4
Casi nunca	27	28,1
Algunas veces	16	16,7
Regularmente	15	15,6
Bastantes veces	13	13,5
Casi siempre	8	8,3
Siempre	8	8,3
Frustración en el trabajo		
Nunca	24	25
Casi nunca	32	33,3
Algunas veces	22	22,9
Regularmente	7	7,3
Bastantes veces	3	3,1
Casi siempre	5	5,2
Siempre	3	3,1
Demasiado tiempo en el trabajo		
Nunca	15	15,6
Casi nunca	23	24
Algunas veces	22	22,9
Regularmente	16	16,7
Bastantes veces	7	7,3
Casi siempre	8	8,3
Siempre	5	5,2
Estrés por trabajar con personas		
Nunca	23	24
Casi nunca	34	35,4
Algunas veces	22	22,9
Regularmente	4	4,2
Bastantes veces	7	7,3
Casi siempre	4	4,2
Siempre	2	2,1
Se sienten al límite de su energía		
Nunca	19	19,8
Casi nunca	47	49
Algunas veces	11	11,5
Regularmente	8	8,3
Bastantes veces	4	4,2
Casi siempre	4	4,2
Siempre	3	3,1
Riesgo de cansancio		
Alto	23	24
Medio	20	20,8
Bajo	53	55,2

*Los datos se expresan como número y porcentaje (%).

Los resultados en relación con la dimensión “Despersonalización” se muestran en la Tabla 3. Setenta y siete encuestados (61,5%) refieren que *Nunca/Casi nunca* sienten insensibilidad con los pacientes, así como un 49% en el caso de la insensibilidad generalizada derivada de la situación laboral. El 66,7% de los profesionales, refieren que *Nunca* sienten desinterés por lo que les ocurra a los pacientes, siendo el riesgo de “Despersonalización” bajo en el 50% de la plantilla. La mediana de valor de la puntuación de esta dimensión fue de 5,5 (2, 10) puntos.

Tabla 3. Respuestas a los ítems agrupados en la dimensión “Despersonalización”.

	N	%
Insensibilidad con los pacientes		
Nunca	59	61,5
Casi nunca	18	18,8
Algunas veces	13	13,5
Regularmente	4	4,2
Bastantes veces	2	2,1
Casi siempre	0	0
Siempre	0	0
Insensibilidad generalizada secundaria al trabajo		
Nunca	24	25
Casi nunca	23	24
Algunas veces	16	16,7
Regularmente	9	9,4
Bastantes veces	8	8,3
Casi siempre	10	10,4
Siempre	6	6,3
Preocupación por endurecimiento emocional		
Nunca	18	18,8
Casi nunca	23	24
Algunas veces	24	25
Regularmente	6	6,3
Bastantes veces	8	8,3
Casi siempre	10	10,4
Siempre	7	7,3
Desinterés por lo que les ocurra a los pacientes		
Nunca	64	66,7
Casi nunca	21	21,9
Algunas veces	7	7,3
Regularmente	1	1
Bastantes veces	2	2,1
Casi siempre	1	1
Siempre	0	0

Tabla 3. Respuestas a los ítems agrupados en la dimensión “Despersonalización” (continuación).

Culpabilidad por los problemas de los pacientes		
Nunca	32	33,3
Casi nunca	36	37,5
Algunas veces	19	19,8
Regularmente	5	5,2
Bastantes veces	2	2,1
Casi siempre	2	2,1
Siempre	0	0
Riesgo de despersonalización		
Alto	27	28,1
Medio	21	21,9
Bajo	48	50

*Los datos se expresan como número y porcentaje (%).

En la Tabla 4 se aborda la dimensión de la “Realización personal” de los profesionales, sintiendo que *Casi siempre* comprenden las emociones de los pacientes y tratan con eficacia sus problemas en un 43,8% y un 38,5%, respectivamente. En todos los ítems abordados por este subgrupo de la encuesta, es la casilla *Casi siempre* la que tiene mayor frecuencia de respuesta, en cada ítem positivo explorado, presentando riesgo de presentar ausencia de realización personal bajo, con un 30,2% del total de profesionales. La mediana de puntuación en esta dimensión es de 3 (2, 3) puntos.

Tabla 4. Respuestas a los ítems agrupados en la dimensión “Realización personal”.

	N	%
Sienten que comprenden cómo se sienten los pacientes		
Nunca	0	0
Casi nunca	1	1
Algunas veces	2	2,1
Regularmente	9	9,4
Bastantes veces	13	13,5
Casi siempre	42	43,8
Siempre	29	30,2
Tratan con eficacia los problemas de los pacientes		
Nunca	2	2,1
Casi nunca	5	5,2
Algunas veces	5	5,2
Regularmente	8	8,3
Bastantes veces	24	25
Casi siempre	37	38,5
Siempre	15	15,6

Tabla 4. Respuestas a los ítems agrupados en la dimensión “Realización personal” (continuación).

Creen que ejercen una influencia positiva en la vida de otras personas		
Nunca	1	1
Casi nunca	2	2,1
Algunas veces	9	9,4
Regularmente	12	12,5
Bastantes veces	19	19,8
Casi siempre	36	37,5
Siempre	17	17,7
Sienten mucha energía en el trabajo		
Nunca	4	4,2
Casi nunca	6	6,3
Algunas veces	17	17,7
Regularmente	13	13,5
Bastantes veces	16	16,7
Casi siempre	31	32,3
Siempre	9	9,4
Tienen facilidad para crear un clima agradable con los pacientes		
Nunca	2	2,1
Casi nunca	0	0
Algunas veces	3	3,1
Regularmente	8	8,3
Bastantes veces	22	22,9
Casi siempre	38	39,6
Siempre	23	24
Sienten estimulación tras trabajar con los pacientes		
Nunca	0	0
Casi nunca	4	4,2
Algunas veces	9	9,4
Regularmente	13	13,5
Bastantes veces	15	15,6
Casi siempre	39	40,6
Siempre	16	16,7
Creen que consiguen cosas valiosas con su profesión		
Nunca	0	0
Casi nunca	4	4,2
Algunas veces	4	4,2
Regularmente	12	12,5
Bastantes veces	16	16,7
Casi siempre	35	36,5
Siempre	25	26
Buena gestión emocional en el ambiente laboral		
Nunca	1	1
Casi nunca	4	4,2
Algunas veces	14	14,6
Regularmente	14	14,6
Bastantes veces	13	13,5
Casi siempre	38	39,6
Siempre	12	12,5

Tabla 4. Respuestas a los ítems agrupados en la dimensión “Realización personal” (continuación).

Riesgo de realización personal		
Alto	36	37,5
Medio	31	32,3
Bajo	29	30,2

*Los datos se expresan como número y porcentaje (%).

Comparación de las subescalas/dimensiones según el puesto de trabajo

En las tablas 5, 6 y 7 se muestran las respuestas de los diferentes ítems de las dimensiones ya mencionadas, según el puesto de trabajo de cada uno de los profesionales.

En la Tabla 5 se analiza la dimensión de “Cansancio emocional” diferenciando su presencia en cada grupo de profesionales. Únicamente tres ítems muestran diferencias significativas entre las mismas. La frustración en el trabajo fue referida como *Siempre/Casi siempre* en el 20% de los MIR, mientras que el nivel más bajo fue referido por el personal de enfermería (1,9%) [$p = 0,012$].

De igual forma, el colectivo MIR refiere en el 40% de los casos que *Siempre/Casi siempre* pasan demasiado tiempo en el trabajo, mientras que esta respuesta la muestran el 30,8% de los FEA, el 7,7% de enfermeros/as y el 4,8% de auxiliares ($p = 0,023$). Sin embargo, el personal MIR responde que *Nunca/Casi nunca* muestran estrés por trabajar con personas en un 2% de los casos, mientras que el colectivo FEA lo muestra en el 61,6% y el de enfermería en el 65,3% ($p = 0,038$).

El grado de riesgo no se relaciona con el puesto de trabajo ($p = 0,139$).

Tabla 5. Comparación de los ítems de la dimensión “Cansancio Emocional” según el puesto de trabajo.

	FEA	MIR	Enfermería	Auxiliares	Valor p
Agotamiento emocional, n (%)					
Nunca	-	-	2 (3,8)	2 (9,5)	0,063
Casi nunca	6 (46,2)	2 (20)	9 (17,3)	7 (33,3)	
Algunas veces	4 (30,8)	3 (30)	16 (30,8)	7 (33,3)	
Regularmente	-	-	9 (17,3)	1 (4,8)	
Bastantes veces	1 (7,7)	5 (50)	10 (19,2)	3 (14,3)	
Casi siempre	-	-	5 (9,6)	1 (4,8)	
Siempre	2 (15,4)	-	1 (1,9)	-	

Tabla 5. Comparación de los ítems de la dimensión “Cansancio emocional” según el puesto de trabajo (continuación).

Cansancio al final del día, n (%)					
Nunca	-	-	-	1 (4,8)	0,429
Casi nunca	3 (23,1)	1 (10)	5 (9,6)	2 (9,5)	
Algunas veces	4 (30,8)	2 (20)	12 (23,1)	7 (33,3)	
Regularmente	3 (23,1)	-	10 (19,2)	2 (9,5)	
Bastantes veces	1 (7,7)	5 (50)	12 (23,1)	3 (14,3)	
Casi siempre	-	2 (20)	8 (15,4)	4 (19)	
Siempre	2 (15,4)	-	5 (9,6)	2 (9,5)	
Fatiga al levantarse, n (%)					
Nunca	7 (53,8)	3 (30)	30 (57,7)	19 (90,5)	0,100
Casi nunca	3 (23,1)	2 (20)	12 (23,1)	1 (4,8)	
Algunas veces	3 (23,1)	3 (30)	7 (13,5)	-	
Regularmente	-	-	3 (5,8)	1 (4,8)	
Bastantes veces	-	2 (20)	-	-	
Casi siempre	-	-	-	-	
Siempre	-	-	-	-	
Cansados de trabajar con gente, n (%)					
Nunca	2 (15,4)	-	11 (21,2)	9 (42,9)	0,306
Casi nunca	5 (38,5)	5 (50)	24 (46,2)	7 (33,3)	
Algunas veces	3 (23,1)	1 (10)	8 (15,4)	3 (14,3)	
Regularmente	2 (15,4)	3 (30)	4 (7,7)	-	
Bastantes veces	-	1 (10)	1 (1,9)	1 (4,8)	
Casi siempre	1 (7,7)	-	3 (5,8)	-	
Siempre	-	-	1 (1,9)	1 (4,8)	
Desgaste laboral, n (%)					
Nunca	1 (7,7)	-	3 (5,8)	5 (23,8)	0,577
Casi nunca	6 (46,2)	2 (20)	13 (25)	6 (28,6)	
Algunas veces	2 (15,4)	2 (20)	9 (17,3)	3 (14,3)	
Regularmente	2 (15,4)	3 (30)	7 (13,5)	3 (14,3)	
Bastantes veces	-	2 (20)	9 (17,3)	2 (9,5)	
Casi siempre	1 (7,7)	1 (10)	6 (11,5)	-	
Siempre	1 (7,7)	-	5 (9,6)	2 (9,5)	
Frustración en el trabajo					
Nunca	5 (38,5)	-	10 (19,2)	9 (42,9)	0,012
Casi nunca	3 (23,1)	-	22 (42,3)	7 (33,3)	
Algunas veces	2 (15,4)	6 (60)	13 (25)	1 (4,8)	
Regularmente	1 (7,7)	2 (20)	2 (3,8)	2 (9,5)	
Bastantes veces	-	-	3 (5,8)	-	
Casi siempre	1 (7,7)	2 (20)	1 (1,9)	1 (4,8)	
Siempre	1 (7,7)	-	1 (1,9)	1 (4,8)	
Demasiado tiempo en el trabajo					
Nunca					0,023
Casi nunca	2 (15,4)	-	5 (9,6)	8 (38,1)	
Algunas veces	1 (7,7)	2 (20)	14 (26,9)	6 (28,6)	
Regularmente	3 (23,1)	-	16 (30,8)	3 (14,3)	
Bastantes veces	2 (15,4)	2 (20)	9 (17,3)	3 (14,3)	
Casi siempre	1 (7,7)	2 (20)	4 (7,7)	-	
Siempre	2 (15,4)	2 (20)	3 (5,8)	1 (4,8)	
	2 (15,4)	2 (20)	1 (1,9)	-	

Tabla 5. Comparación de los ítems de la dimensión “Cansancio emocional” según el puesto de trabajo (continuación).

Estrés por trabajar con personas					
Nunca					
Casi nunca	2 (15,4)	-	15 (28,8)	6 (28,6)	0,038
Algunas veces	6 (46,2)	2 (2)	19 (36,5)	7 (33,3)	
Regularmente	3 (23,1)	3 (30)	11 (21,2)	5 (23,8)	
Bastantes veces	-	3 (30)	1 (1,9)	-	
Casi siempre	-	2 (20)	3 (5,8)	2 (9,5)	
Siempre	1 (1)	-	2 (3,8)	1 (4,8)	
	1 (1)	-	1 (1,9)	-	
Se siente al límite de su energía					
Nunca					
Casi nunca	5 (38,5)	3 (30)	5 (9,6)	6 (28,6)	0,068
Algunas veces	6 (46,2)	3 (30)	29 (55,8)	9 (42,9)	
Regularmente	-	1 (10)	7 (13,5)	3 (14,3)	
Bastantes veces	-	3 (30)	4 (7,7)	1 (4,8)	
Casi siempre	-	-	4 (7,7)	-	
Siempre	1 (7,7)	-	3 (5,8)	-	
	1 (7,7)	-	-	2 (9,5)	
Riesgo de cansancio					
Alto	2 (15,4)	4 (40)	15 (28,8)	2 (9,5)	0,139
Medio	2 (15,4)	4 (40)	10 (19,2)	4 (19)	
Bajo	9 (69,2)	2 (20)	27 (51,9)	15 (71,4)	

*Los datos se expresan como número y porcentaje (%). **Definición de abreviaturas:** FEA: Facultativo especialista adjunto; MIR: Médico Interno Residente.

En la Tabla 6, se muestra la relación entre las respuestas a los ítems de la subescala de “Despersonalización” según el puesto de trabajo. Únicamente dos ítems difieren de forma significativa en sus respuestas según el profesional. El 20% de los MIR refieren *Bastante frecuente/Casi siempre/Siempre* insensibilidad con los pacientes, mientras que ningún FEA, el 5,8% del personal de enfermería y el 4,8% de los auxiliares, responden de esta forma ($p < 0,001$). Así mismo, la preocupación sobre el endurecimiento profesional muestra diferencias entre los grupos ($p < 0,001$). El 53,9% de los FEA refieren que *Nunca/Casi nunca* lo muestran, el 40,4% de los enfermeros/as y el 57,1% de los auxiliares. Sin embargo, el 10% de los MIR responde a este ítem con *Nunca/Casi nunca*.

El riesgo de presentar “Despersonalización” fue más elevado en el personal MIR ($p < 0,001$).

Tabla 6. Comparación de los ítems de la dimensión “Despersonalización” según el puesto de trabajo.

	FEA	MIR	Enfermería	Auxiliares	Valor p
Insensibilidad con los pacientes, n (%)					
Nunca	7 (53,8)	3 (30)	30 (57,7)	19 (90,5)	< 0,001
Casi nunca	3 (23,1)	2 (20)	12 (23,1)	1 (4,8)	
Algunas veces	3 (23,1)	3 (30)	7 (13,5)	-	
Regularmente	-	-	3 (5,8)	1 (4,8)	
Bastantes veces	-	2 (20)	-	-	
Casi siempre	-	-	-	-	
Siempre	-	-	-	-	
Insensibilidad general secundaria al trabajo, n (%)					
Nunca	3 (23,1)	-	13 (25)	8 (38,1)	0,065
Casi nunca	6 (46,2)	1 (10)	13 (25)	3 (14,3)	
Algunas veces	2 (15,4)	3 (30)	8 (15,4)	3 (14,3)	
Regularmente	-	-	6 (11,5)	3 (14,3)	
Bastantes veces	-	3 (30)	3 (5,8)	2 (9,5)	
Casi siempre	2 (15,4)	3 (30)	5 (9,6)	-	
Siempre	-	-	4 (7,7)	2 (9,5)	
Preocupación por endurecimiento emocional, n (%)					
Nunca	1 (7,7)	-	7 (13,5)	10 (47,6)	< 0,001
Casi nunca	6 (46,2)	1 (10)	14 (26,9)	2 (9,5)	
Algunas veces	3 (23,1)	2 (20)	15 (28,8)	4 (19)	
Regularmente	-	2 (20)	4 (7,7)	-	
Bastantes veces	-	2 (20)	6 (11,5)	-	
Casi siempre	2 (15,4)	3 (30)	4 (7,7)	1 (4,8)	
Siempre	1 (7,7)	-	2 (3,8)	4 (19)	
Desinterés por lo que les ocurra a los pacientes, n (%)					
Nunca	8 (61,5)	5 (50)	35 (67,3)	16 (76,2)	0,323
Casi nunca	4 (30,8)	3 (30)	11 (21,2)	3 (14,3)	
Algunas veces	-	2 (20)	5 (9,6)	-	
Regularmente	-	-	-	1 (4,8)	
Bastantes veces	1 (7,7)	-	1 (1,9)	-	
Casi siempre	-	-	-	1 (4,8)	
Siempre	-	-	-	-	
Culpabilidad por los problemas de los pacientes, n (%)					
Nunca	5 (38,5)	3 (30)	14 (26,9)	10 (47,6)	0,589
Casi nunca	4 (30,8)	4 (40)	23 (44,2)	5 (23,8)	
Algunas veces	4 (30,8)	1 (10)	10 (19,2)	4 (19)	
Regularmente	-	2 (20)	2 (3,8)	1 (4,8)	
Bastantes veces	-	-	2 (3,8)	-	
Casi siempre	-	-	1 (1,9)	1 (4,8)	
Siempre	-	-	-	-	

Tabla 6. Comparación de los ítems de la dimensión “Despersonalización” según el puesto de trabajo (continuación).

Riesgo de despersonalización, n (%)					
Alto	2 (15,4)	5 (50)	14 (26,9)	6 (28,6)	< 0,001
Medio	5 (38,5)	5 (50)	8 (15,4)	3 (14,3)	
Bajo	6 (46,2)	-	30 (57,7)	12 (57,1)	

*Los datos se expresan como número y porcentaje (%). **Definición de abreviaturas:** FEA: Facultativo especialista adjunto; MIR: Médico Interno Residente.

En la Tabla 7 se recogen los datos sobre la subescala de la “Realización personal”, distinguiendo entre los diferentes profesionales. Únicamente tres ítems muestran diferencias significativas entre los diferentes profesionales. Ante la pregunta sobre si ejercen una influencia positiva en la vida de las personas, la respuesta *Siempre/Casi siempre* fue más frecuente en el grupo de auxiliares (71,5%), enfermeros/as (61,5%), que el grupo de FEA (22,9%) y residentes (30%) [$p < 0,001$]. De la misma forma, ante la pregunta sobre la buena gestión emocional en el ambiente laboral, la respuesta más baja de *Siempre/Casi siempre* la mostró el colectivo de MIR ($p < 0,001$).

El riesgo de no sentir “Realización” con la profesión que ejercen, es más elevado en el grupo de residentes, siendo alto en un 80% de los casos ($p < 0,001$).

Tabla 7. Comparación de los ítems de la dimensión “Realización personal” según el puesto de trabajo.

	FEA	MIR	Enfermería	Auxiliares	Valor p
Sienten que comprenden cómo se sienten los pacientes, n (%)					0,107
Nunca	-	-	-	-	
Casi nunca	-	-	-	1 (4,8)	
Algunas veces	-	1 (10)	1 (1,9)	-	
Regularmente	1 (7,7)	2 (20)	5 (9,6)	1 (4,8)	
Bastantes veces	3 (23,1)	3 (30)	6 (11,5)	1 (4,8)	
Casi siempre	8 (61,5)	4 (40)	22 (42,3)	8 (38,1)	
Siempre	1 (7,7)	-	18 (34,6)	10 (47,6)	

Tabla 7. Comparación de los ítems de la dimensión “Realización personal” según el puesto de trabajo (continuación).

Tratan con eficacia los problemas de los pacientes, n (%)					
Nunca	-	-	1 (1,9)	1 (4,8)	0,139
Casi nunca	-	1 (10)	2 (3,8)	2 (9,5)	
Algunas veces	1 (7,7)	1 (10)	2 (3,8)	1 (4,8)	
Regularmente	-	3 (30)	6 (9,6)	-	
Bastantes veces	6 (46,2)	4 (40)	11 (21,2)	3 (14,3)	
Casi siempre	6 (46,2)	1 (10)	21 (40,4)	-	
Siempre	-	-	10 (19,2)	5 (23,8)	
Creer que ejercen una influencia positiva en la vida de otras personas, n (%)					
Nunca	-	-	-	1 (4,8)	< 0,001
Casi nunca	1 (7,7)	-	-	1 (4,8)	
Algunas veces	2 (15,4)	-	5 (9,6)	2 (9,5)	
Regularmente	1 (7,7)	2 (20)	8 (15,4)	1 (4,8)	
Bastantes veces	6 (46,2)	5 (50)	7 (13,5)	1 (4,8)	
Casi siempre	2 (15,4)	3 (30)	22 (42,3)	9 (42,9)	
Siempre	1 (7,7)	-	10 (19,2)	6 (28,6)	
Sienten mucha energía, n (%)					
Nunca	2 (15,4)	-	-	2 (9,5)	0,093
Casi nunca	-	1 (10)	4 (7,7)	1 (4,8)	
Algunas veces	-	2 (20)	12 (23,1)	3 (14,3)	
Regularmente	1 (7,7)	2 (20)	9 (17,3)	1 (4,8)	
Bastantes veces	3 (23,1)	3 (30)	9 (17,3)	1 (4,8)	
Casi siempre	7 (53,8)	2 (20)	13 (25)	9 (42,9)	
Siempre	-	-	5 (9,6)	4 (19)	
Tienen facilidad para crear un clima agradable con los pacientes, n (%)					
Nunca	1 (7,7)	-	1 (1,9)	-	0,176
Casi nunca	-	-	-	-	
Algunas veces	-	-	3 (5,8)	-	
Regularmente	-	2 (20)	5 (9,6)	1 (4,8)	
Bastantes veces	4 (30,8)	5 (50)	10 (19,2)	3 (14,3)	
Casi siempre	7 (53,8)	2 (20)	21 (40,4)	8 (38,1)	
Siempre	1 (7,7)	1 (10)	12 (23,1)	9 (42,9)	
Sienten estímulo tras trabajar con los pacientes, n (%)					
Nunca	-	-	-	-	0,132
Casi nunca	1 (7,7)	-	3 (5,8)	-	
Algunas veces	-	-	8 (15,4)	1 (4,8)	
Regularmente	1 (7,7)	3 (30)	8 (15,4)	1 (4,8)	
Bastantes veces	2 (15,4)	4 (40)	6 (11,5)	3 (14,3)	
Casi siempre	8 (61,5)	3 (30)	18 (34,6)	10 (47,6)	
Siempre	1 (7,7)	-	9 (17,3)	6 (28,6)	

Tabla 7. Comparación de los ítems de la dimensión “Realización personal” según el puesto de trabajo (continuación).

Consiguen cosas valiosas con su profesión, n (%)					
Nunca	-	-	-	-	< 0,001
Casi nunca	-	-	-	-	
Algunas veces	1 (7,7)	-	2 (3,8)	1 (4,8)	
Regularmente	1 (7,7)	-	3 (5,8)	-	
Bastantes veces	-	4 (40)	8 (15,4)	-	
Casi siempre	4 (30,8)	3 (30)	8 (15,4)	1 (4,8)	
Siempre	6 (46,2)	3 (30)	18 (34,6)	8 (38,1)	
	1 (7,7)	-	13 (25)	11 (52,4)	
Buena gestión emocional en el ambiente laboral, n (%)					
Nunca	-	-	-	-	< 0,001
Casi nunca	-	-	-	1 (4,8)	
Algunas veces	3 (23,1)	-	1 (1,9)	-	
Regularmente	1 (7,7)	2 (20)	7 (13,5)	4 (19)	
Bastantes veces	1 (7,7)	2 (20)	11 (21,2)	-	
Casi siempre	3 (23,1)	5 (50)	5 (9,6)	-	
Siempre	5 (38,5)	1 (10)	21 (40,4)	11 (52,4)	
	-	-	7 (13,5)	5 (23,8)	
Riesgo de realización, n (%)					
Alto	4 (30,8)	8 (80)	19 (36,5)	5 (23,8)	< 0,001
Medio	8 (61,5)	2 (20)	18 (34,6)	3 (14,3)	
Bajo	1 (7,7)	-	15 (28,8)	13 (61,9)	

Definición de abreviaturas: FEA: Facultativo especialista adjunto; MIR: Médico Interno Residente. *Los datos se expresan como número y porcentaje (%).

Comparación de la puntuación de las subescalas según el puesto de trabajo

La puntuación obtenida sumando las respuestas de cada ítem analizado en las tres subescalas del cuestionario y su relación con el puesto de trabajo se muestran en la Tabla 8. En las tres subescalas, la peor puntuación la muestra el colectivo MIR, mostrando diferencias significativas con los otros colectivos. Por otro lado, la puntuación más alta y por ello la mayor “Realización personal”, se encuentra en el grupo de auxiliares.

Tabla 8. Comparación de la puntuación de las tres dimensiones del cuestionario según el puesto de trabajo.

	FEA	MIR	Enfermería	Auxiliares	Valor p
Cansancio emocional	15 (8, 21)	25 (18, 30)	18 (10, 27)	13 (7, 21)	< 0,001
Despersonalización	6 (2, 7)	9 (7, 14)	5 (3, 10)	3 (0, 10)	< 0,001
Realización personal	36 (29, 38)	29 (28, 33)	36 (28, 40)	40 (32, 42)	< 0,001

Definición de abreviaturas: FEA: Facultativo especialista adjunto; MIR: Médico Interno Residente. *Los datos se expresan como mediana (RIQ).

Correlaciones entre las tres subescalas

En la Tabla 9 se muestra el valor de correlación (coeficiente r) y la significación estadística de la comparación, de la puntuación obtenida de las tres subescalas del cuestionario MBI. Los valores de correlación no alcanzan en ningún caso el valor 0,700.

Tabla 9. Correlaciones entre las puntuaciones obtenida en las tres dimensiones.

	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
Cansancio emocional		0,515 p < 0,001	-0,481 p < 0,001
Despersonalización	0,515 p < 0,001		-0,618 p < 0,001
Realización personal	-0,481 p < 0,001	-0,618 p < 0,001	

*Los datos se expresan como r (p).

La comparación entre el nivel de riesgo de presentar cada una de las tres dimensiones del síndrome de burnout entre sí se muestra en la Tabla 10. El nivel de riesgo de presentar “Despersonalización” no se relaciona con el nivel de riesgo de “Cansancio emocional” (p = 0,102). Sin embargo, existe una relación significativa entre el riesgo de “Realización personal” y el de “Cansancio emocional” (p < 0,001) y con el riesgo de “Despersonalización” (p < 0,001).

Tabla 10. Comparación entre sí de los riesgos de desarrollar cada una de las dimensiones del síndrome de burnout.

	Riesgo de cansancio, n (%)			Valor p
Riesgo despersonalización, n (%)	Alto	Medio	Bajo	
Alto	13 (13,5)	9 (9,4)	5 (5,2)	0,102
Medio	3 (3,1)	6 (6,3)	12 (12,5)	
Bajo	7 (7,3)	5 (5,2)	36 (37,5)	
	Riesgo de cansancio, n (%)			Valor p
Riesgo de realización, n (%)	Alto	Medio	Bajo	
Alto	14 (14,6)	9 (9,4)	13 (13,5)	<0,001
Medio	7 (7,3)	6 (6,3)	18 (18,8)	
Bajo	2 (2,1)	5 (5,2)	22 (22,9)	
	Riesgo de despersonalización, n (%)			Valor p
Riesgo de realización, n (%)	Alto	Medio	Bajo	
Alto	19 (19,8)	10 (10,4)	7 (7,3)	< 0,001
Medio	5 (5,2)	9 (9,4)	17 (17,7)	
Bajo	3 (3,1)	2 (2,1)	24 (25)	

*Los datos se expresan como número y porcentaje (%).



6. Discusión

En esta serie de profesionales sanitarios de una unidad de críticos, el síndrome de burnout es frecuente, considerándose una puntuación alta en agotamiento emocional o despersonalización, indicativa de un síndrome de burnout clínicamente significativo. Aproximadamente un 24% del personal presenta riesgo alto de “Cansancio Emocional”, siendo el de “Despersonalización” y el de “Realización personal” bajo. Al comparar las subescalas de la encuesta en cada grupo de profesionales, destaca la presencia de frustración de manera frecuente en el 20% de los MIR, así como la sensación de pasar demasiado tiempo en el trabajo en comparación con el resto de los subgrupos. Además, son de nuevo los médicos residentes los que refieren mayor insensibilidad con los pacientes, manifestando por ello mayor preocupación, por lo que es riesgo de “Despersonalización” es mayor en este grupo, de manera estadísticamente significativa. En la dimensión “Realización personal” ocurre de manera similar, siendo el riesgo de no sentir realización personal con la profesión que ejercen, alto en el grupo de los médicos internos residentes, en un 80% de los casos.

La presencia de este síndrome en el colectivo de MIR de manera estadísticamente superior respecto al resto de grupos es llamativa.

La residencia es un período de formación estresante en el que los residentes trabajan muchas horas y empiezan a experimentar cómo la responsabilidad aumenta de la misma forma que lo hacen sus conocimientos. Son muchos los artículos que sugieren que los niveles de agotamiento son altos entre los residentes, pudiendo estar incluso relacionados con la depresión y la atención deficitaria al paciente, sin embargo, los datos disponibles son insuficientes para identificar relaciones causales que señalen a los MIR en riesgo (19). Dentro de los factores considerados estresantes, un estudio publicado en Reino Unido (20) mencionó que los problemas relacionados con la planificación del tiempo y la organización del trabajo, así como la gestión de las situaciones difíciles y los conflictos derivados de las relaciones interpersonales, se han identificado como posibles desencadenantes. Además, en el estudio de Biaggi et al (21), también se exploraron los posibles factores de riesgo relacionados con la presencia del síndrome en médicos residentes de atención primaria en Suiza, destacando que un tercio de los residentes encuestados se sentían sobrecargados por la carga de trabajo, y el 69% calificó su intensidad laboral como “alta”.

En el estudio de Geurts et al (22), de los Países Bajos, se estudió la interferencia entre el trabajo y la vida personal, siendo el horario laboral, la carga de trabajo y la falta de autonomía los factores principalmente relacionados, concluyendo que tener una situación familiar de apoyo se ha considerado un factor protector contra la despersonalización. Aunque las horas de trabajo y la falta de sueño pueden estar asociadas a errores médicos, no se ha demostrado su asociación con el agotamiento, sino más bien la intensidad de la jornada laboral y el grado de interferencia con la vida familiar.

Factores relacionados con la presencia de síndrome de Burnout y posibles medidas preventivas.

No todo el personal sanitario es igualmente vulnerable a sufrir el síndrome de desgaste profesional. Como ya se ha mencionado en el texto, son diversos los factores que influyen en su desarrollo, entre los que destacan los relacionados con las variables sociodemográficas de cada individuo, como el género y la edad, siendo mayor el riesgo en mujeres jóvenes (7), y aquellos relacionados con la personalidad, considerándose la extroversión, un factor protector (8).

Por otro lado, influyen los factores relacionados con la naturaleza de la profesión, siendo frecuente en aquellas que se centran en la prestación de servicios, como los profesionales de la salud (23), destacando dentro de este colectivo, al personal de enfermería, por factores relacionados con el número de horas de trabajo, el tipo de contrato y de servicio, siendo aquellos con gran impacto emocional como oncología, cuidados paliativos y los cuidados críticos (14).

La naturaleza transversal de estos datos limita su interpretación porque no permite determinar si el agotamiento es una consecuencia o una causa de la insatisfacción laboral.

En cuanto a las estrategias de prevención y mitigación del síndrome, es necesario saber que no existe ninguna técnica simple capaz de prevenir o tratar de forma efectiva el síndrome, siendo los modelos complementarios de intervención los que han demostrado utilidad (24).

Se puede actuar a distintos niveles:

Medidas a nivel organizativo:

1. Incrementar la autonomía y fomentar la participación de los trabajadores en la toma de decisiones. La percepción de tener la capacidad de influir en las decisiones y ejercer la autonomía profesional, tiene más probabilidades de conducir a personal resiliente y comprometido (25).
2. Incorporar retroalimentación y objetivos claros a los trabajadores para reforzar la seguridad sobre su labor asistencial y evitar la ambigüedad de rol. El reconocimiento y la recompensa insuficientes aumentan la vulnerabilidad de las personas al agotamiento, ya que devalúan tanto el trabajo como a los trabajadores, estando estrechamente asociado al sentimiento de ineficacia.
3. Mejorar la calidad del ambiente físico y del entorno social. Procurar un ambiente laboral saludable (26).
4. Proporcionar apoyo social y profesional entre compañeros, facilitando el acceso a servicios de asesoramiento y terapia.
5. Limitar el número de horas de trabajo y el número de pacientes atendidos, además de planificar un horario establecido que permita la programación con antelación y la adecuada recuperación.
6. Evitar la sobrecarga de trabajo, para ayudar al personal a sentirse eficaz en su trabajo.
7. Facilitar el equilibrio entre la vida personal y la vida laboral.
8. Identificar y evaluar los posibles riesgos psicosociales para anticipar la aparición del síndrome.
9. Procurar decisiones justas y equitativas.
10. Fomentar el trabajo en equipo, ya que ha demostrado ser un factor protector (27).

Medidas a nivel individual:

1. Procurar el autocuidado. El ejercicio regular ayuda a reducir el estrés y mejorar el estado de ánimo, además de mantener una alimentación saludable y dormir lo suficiente.
2. Gestión del estrés utilizando técnicas de relajación y participando en actividades recreativas (28).
3. Entrenamiento de habilidades comunicativas para mejorar la capacidad de manejo de la ansiedad. Numerosos estudios han encontrado evidencia en las habilidades de comunicación de los profesionales de la salud como protectoras del síndrome de burnout (29).
4. Entrenamiento en resolución de problemas, identificando el conflicto para elegir la respuesta más adecuada para su solución. Fomentar habilidades de afrontamiento, ya que se ha demostrado que la preparación al estrés, atenua los efectos del burnout (30).

Limitaciones

Este trabajo presenta puntos fuertes y algunas limitaciones. Se trata de un estudio transversal unicéntrico con un tamaño muestral elevado con una recogida exhaustiva de datos, aunque hay subgrupos dentro del estudio con un número pequeño de participantes a pesar de ser el total de los disponibles, pudiendo ser los resultados no representativos. Por otro lado, la ausencia de errores en la realización de la encuesta secundaria a la distinta comprensión del cuestionario no puede garantizarse. Además, la subjetividad del método de medición debe considerarse.

Para terminar, hay que mencionar que, al tratarse de un estudio transversal, sólo pueden identificarse asociaciones y no relaciones causales, por lo que un estudio con un diseño longitudinal ayudaría a proporcionar una idea más detallada del síndrome de desgaste profesional para conocer los posibles factores de riesgo y así establecer de manera más específica las diferentes medidas preventivas.

7. Conclusiones

La presencia de síndrome de burnout entre el personal MIR es frecuente, afectando en torno a un 50% de los encuestados, siendo el riesgo alto de ausencia de realización personal a consecuencia del trabajo, aún más elevado. Además, existe una relación estadísticamente significativa entre el riesgo de “realización personal” y el “cansancio emocional”, además de con el riesgo de “despersonalización”.

Las características laborales que enfrentan los residentes son complejas y varían según la especialidad, por lo que un estudio con una amplia muestra, prospectivo y bien diseñado, facilitaría la comprensión del burnout de los residentes, controlando estas variables e identificando los diferentes factores de riesgo, ya que la reforma estructural en cuanto a la aplicación de medidas preventivas puede resultar más eficaz que la formación en gestión del síndrome de burnout.



8. Aspectos éticos

Para la realización de este trabajo de investigación, se obtuvo el dictamen favorable por parte del Comité Ético de Investigación del Hospital Universitario José María Morales Meseguer. Además, se trataba de encuestas voluntarias para las que se recibió consentimiento informado, estando los datos anonimizados y disociados, garantizando el derecho a la intimidad, sin aparecer en la base de datos nombres ni documentos personales, salvo el puesto de trabajo que desempeña cada profesional. Por otro lado, se contó con la valoración favorable por parte del Código de Investigación Responsable (COIR) de la Universidad Miguel Hernández.

No participan en el estudio poblaciones vulnerables ni existen compensaciones económicas previstas. Se permitirá acceso a las monitorizaciones, auditorías, revisiones del Comité de Ética e inspecciones reguladoras relacionadas con el estudio.



9. Aplicabilidad de los resultados

Con la realización de este trabajo se pretende actualizar la información relacionada con la presencia del síndrome de burnout, así como dar a conocer el síndrome de burnout como un problema de salud con consecuencias importantes tanto desde el punto de vista individual como colectivo. Nuestro trabajo se ha dirigido al estudio de la presencia de este en el personal sanitario, con un enfoque directo sobre los profesionales de la medicina crítica. Por ello, consideramos que los datos obtenidos pueden aportar información que puede utilizarse desde el punto de vista organizacional, de cara a facilitar la instauración de medidas preventivas efectivas que permitan mejorar las condiciones laborales y la carga de trabajo, aunque serían útiles otros estudios que analizaran los posibles factores de riesgo específicos asociados a la presencia de este síndrome.

Además, nuestro trabajo puede servir como base para futuras investigaciones que exploren intervenciones específicas y su efectividad en diferentes contextos y otras especialidades médicas, para abordar el burnout desde múltiples perspectivas. Es necesaria la concienciación sobre la presencia y consecuencias del síndrome para promover un cambio en el entorno de trabajo sanitario desde el que se reconozca y se valore la importancia del bienestar profesional y, por ello, asistencial.

10. Bibliografía

1. Fidalgo Vega M. NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (I): definición y proceso de generación. Ministerio de trabajo y asuntos sociales en España. INSST.
2. Fidalgo Vega M. NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (II): consecuencias, evaluación y prevención. Ministerio de trabajo y asuntos sociales en España. INSST.
3. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Síndrome de desgaste profesional Burnout. Portal INSST. 2022
4. Maslach C, Jackson S, Leiter M. The Maslach Burnout Inventory Manual. Evaluating Stress: A Book of Resources. 1997; 3:191-218.
5. Jiménez Maldonado A, García Millán S. Valoración de ansiedad y burnout en los profesionales de enfermería de un servicio de Nefrología. Enferm Nefrol. 2016;19(2):118-24.
6. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo “Burnout” (III): Instrumento de medición. España.
7. Cañadas-De la Fuente GA, Vargas C, San Luis C, García I, Cañadas GR, De la Fuente EI. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. Int J Nurs Stud. 2015 Jan;52(1):240-9. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001.
8. Galaiya R, Kinross J, Arulampalam T. Factors associated with burnout syndrome in surgeons: A systematic review. Ann R Coll Surg Engl. 2020;102:401-7.
9. Ortega Ruiz C, López Ríos F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2004; 4(1): 137-160
10. Samra R. Brief history of burnout. BMJ. 2018 Dec 27;363:k5268.
11. Paules-Cuesta IM, Montoro-Huguet M, Fueyo-Díaz R. Síndrome de Burnout en profesionales sanitarios en un hospital universitario de España. Medicina de Familia. Semergen. 2023; 49 (7): 102023.
12. Montgomery A, Panagopoulou E, Esmail A, Richards T, Maslach C. Burnout in healthcare: the case for organisational change. BMJ. 2019 Jul 30;366

13. Alanazy ARM, Alruwaili A. The Global Prevalence and Associated Factors of Burnout among Emergency Department Healthcare Workers and the Impact of the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare (Basel)*. 2023 Aug 7;11(15):2220.
14. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA*. 2018;320(11):1131-50. doi:10.1001/jama.2018.12777.
15. Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN. An official critical care societies collaborative statement: Burnout syndrome in critical care health-care professionals: A call for action. *Am J Respir Crit Care Med*. 2016;194(1):106-13.
16. Chuang CH, Tseng PC, Lin CY, Lin KH, Chen YY. Burnout in the intensive care unit professionals: A systematic review. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(50)
17. Rodríguez Santos AY, Díaz Esquivel A, Franco Granillo J, Aguirre Sánchez J, Camarena Alejo G. Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de salud en áreas críticas y su asociación con ansiedad y depresión. *Anales Médicos*. 2018; 63(4): 246-254.
18. Vera G, Pivaral C, Vélez P, Palmer Y, Gómez-Vera A, Cabrera-Pivaral C, et al. Factores de riesgo organizacionales asociados al síndrome de Burnout en médicos anestesiólogos. *Salud Ment*. 2005; 28:82-91.
19. Thomas NK. Resident Burnout. *JAMA*. 2004;292(23):2880-9. doi:10.1001/jama.292.23.2880.
20. Nyssen AS, Hansez I, Baele P, Lamy M, De Keyser V. Occupational stress and burnout in anaesthesia. *Br J Anaesth*. 2003 Mar;90(3):333-7. doi: 10.1093/bja/aeg058.
21. Biaggi P, Peter S, Ulich E. Stressors, emotional exhaustion and aversion to patients in residents and chief residents - what can be done? *Swiss Med Wkly*. 2003 Jun 14;133(23-24):339-46. doi: 10.4414/smw.2003.10134.
22. Geurts S, Rutte C, Peeters M. Antecedents and consequences of work-home interference among medical residents. *Soc Sci Med*. 1999;48:1135-114810220015

23. Gil Monte P. Burnout syndrome: ¿syndrome de quemarse en el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? Rev Psicol Trab Organ. 2003;19(2):181-97.
24. Martínez Pérez A. The burnout syndrome. Overview and development of the concept. Vivat Academia. 2010; 112: 42-80.
25. Juárez Jiménez MV, et al. Estrategias en el síndrome de burnout del personal sanitario. Med Fam Andal. 2018;1:81-5.
26. Rodríguez Carvajal R, Rivas Hermosilla S. Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. Med Segur Trab. 2011;57(1):72-88.
27. Vilà Falgueras M, Cruzate Muñoz C, Orfila Pernas F, Creixell Sureda J, González López MP, Davins Miralles J. Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. Aten Primaria. 2015;47(1):25-31.
28. McCue JD, Sachs CL. A stress management workshop improves residents' coping skills. Arch Intern Med. 1991; 151: 2273-2277.
29. Leal Costa C, Díaz Agea JL, Tirado S, Rodríguez-Marín J. Las habilidades de comunicación como factor preventivo del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2015; 38 (2): 213-223.
30. Mickler S, Rosen S. Burnout in Spurned Medical Caregivers and the Impact of Job Expectancy Training. Journal of Applied Social Psychology. 1994; 24 (23): 2110-2131.

Anexo I. ABREVIATURAS

- CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades
- FEA: Facultativo Especialista de Área
- MBI: Escala Maslach Burnout Inventory
- MIR: Médico Interno Residente
- RIQ: Rango Intercuartílico
- UCI: Unidad de Cuidados Intensivos





Dr. D. Antonio Francisco J. Cardona Llorens
Dpto. Patología y Cirugía

Elche, 5 de mayo de 2021

Investigador Principal	Antonio Francisco J. Cardona Llorens	
Tipo de actividad	Otros	
Título del proyecto	Trabajo Final de Máster de Prevención de Riesgos Laborales	
Códigos GIS estancias donde se desarrolla la actividad	S02P0082	
Evaluación riesgos laborales	Conforme (Autodeclaración)	
Evaluación ética uso muestras biológicas humanas	No solicitado	
Evaluación ética humanos	Favorable	
Evaluación ética animales	No solicitado	
Registro	2021/18997	
Referencia	DPC.ACL.01.21	
Caducidad	5 años	

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

No se ha evaluado el uso de muestras biológicas humanas porque no se ha solicitado, ni se ha considerado necesario en base a la información aportada.

No se ha evaluado el uso de animales en un proyecto de investigación porque no se ha solicitado, ni se ha considerado necesario en base a la información aportada.

La evaluación de la participación de voluntarios humanos en un proyecto de investigación, desde el punto de vista ético y de riesgos laborales, es favorable.

Por todo lo anterior, el dictamen del CEII es **favorable**.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos
Secretario CEII
Vicerrectorado Investigación

Domingo Orozco Beltrán
Presidente CEII
Vicerrectorado Investigación





Información adicional:

- En caso de que la presente actividad esté financiada y se gestione a través del servicio SGI-OTRI de la UMH, le recordamos que, para poder llevar a cabo dicha actividad en las instalaciones de la UMH, además del dictamen de la OEP, es necesario contar con la autorización del representante institucional. Esta gestión se realiza a través de SGI-OTRI, quien gestiona las correspondientes prestaciones de servicio, contratos /convenios y proyectos de investigación.
- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización del proyecto debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.



CEIm/CEI Hospital General Universitario José María Morales Meseguer

Dra. María Dolores Nájera Pérez
Presidenta del CEIm/CEI Hospital General Universitario José María Morales Meseguer

CERTIFICA

1º. El CEIm/CEI Hospital General Universitario José María Morales Meseguer en su Reunión del día 16/07/2024, Acta EXTRAORDINARIA ha evaluado la propuesta del investigador referida al Trabajo Fin Máster:

Título: Proyecto Investigación: "Síndrome de Burnt Out o desgaste profesional en los profesionales sanitarios de una Unidad de Cuidados Intensivos".

Código Promotor: No consta **Código Interno:** EST: 31/24

Promotor: Investigador

Versión Protocolo Evaluada: Versión Mayo 2024.

Nueva Versión Protocolo: Versión Julio 2024.

Fecha Entrada: 28/05/2024

Fecha Entrada Aclaraciones: 10/07/24.

Investigador Principal: Dra. Ana TORRANO FERRÁNDEZ. Residente de 4º año en la Especialidad de Medicina Intensiva (UCI). Área VI.

2º. Considera que:

- Se respetan los principios éticos básicos, metodológicos y legales.
- En dicha Reunión se cumplieron los requisitos establecidos en la legislación vigente y se cumplieron las normas de funcionamiento interno del Comité para que la decisión del citado CEIm sea válida.
- El CEIm, tanto en su composición, como en los PNT cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/E6 R2).

🚩 La composición actual del CEIm es la siguiente:

Presidenta: Dra. María Dolores Nájera Pérez
Especialista de Farmacia Hospitalaria
Miembro del Comité de Ética Asistencial

Vicepresidente: Dr. Juan Belchí Hernández
Especialista Alergología. Jefe de Sección de Alergia.

Secretaria Técnica: Dra. Ana Aranda García
Especialista de Farmacia Hospitalaria.

Vocales: **Facultativos:**
Dr. Francisco Piqueras Pérez
Jefe de Servicio de Otorrinolaringología

Dr. José Antonio Macías Cerrolaza
F.E.A de Oncología.

CEIm/CEI Hospital General Universitario José María Morales Meseguer

Dra. M^a Luz Amigo Lozano
F.E.A. Servicio Hematología.

Dra. Gloria García Parra.
F.E.A. Servicio Medicina Interna

Farmacóloga Clínica:

Dra. M^a Peña Bernal Lajusticia

Bioestadísticos de la Universidad Murcia:

D. Diego Salmerón Martínez
D. Julián Jesús Areense Gonzalo

Miembro Lego-Representante de los pacientes:

D^a. Ana Reviejo Pérez

Licenciada en Derecho-Asesora Jurídica

D^a. Caridad del Toro Iniesta
Miembro del Comité de Ética Asistencial

Profesional de Atención Primaria:

Dr. Pedro Pérez López
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Especialista en Farmacia Hospitalaria:

Dr. José Carlos Titos Arcos

Diplomados Universitarios en Enfermería:

D.^a M^a José Ballester Arroniz.

Facultativos Residentes de Farmacia Hospitalaria:

Dra. Lydia Fructuoso González
Dra. Paula Torrano Belmonte

Responsable Administrativa:

D.^a Rosa M^a Moya Guerrero

-  En el caso de que algún miembro participe en el estudio o declare algún conflicto de interés, no habrá participado en la evaluación ni en el dictamen de la solicitud de autorización del mismo.
-  Se recuerda al Investigador que al ejecutar este proyecto contrae una serie de compromisos con respecto al Comité recogidos en el Anexo I (hoja adjunta).

16 de julio de 2024

CEIm/CEI Hospital General Universitario José María Morales Meseguer

3º. Por lo que este CEIm/CEI emite un **DICTAMEN FAVORABLE.**

Lo que firmo en Murcia, a 16 de Julio de 2024



Dra. María Dolores Nájera Pérez
Presidenta del CEIm-CEI Hospital General Universitario José María Morales Meseguer



CEIm/CEI Hospital General Universitario José María Morales Meseguer

ANEXO I: Compromisos contraídos por el investigador con respecto al Comité de Ética de la investigación:

Se recuerda al investigador que la ejecución del estudio le supone los siguientes compromisos con el Comité:

- Ejecutar el estudio con arreglo a lo especificado en el protocolo, tanto en los aspectos científicos como en los aspectos éticos.
- Notificar al Comité todas las modificaciones o enmiendas en el estudio y solicitar una nueva evaluación de las relevantes.
- Informe de seguimiento anual que incluya los resultados del estudio (si el estudio dura menos de un año, con el informe final será suficiente).
- **Enviar al Comité un informe final al término de la ejecución del estudio. Este informe deberá incluir los siguientes apartados:**
 - ✓ Número de registro del estudio en bases de datos públicas de proyectos de investigación, si procede.
 - ✓ Memoria final del estudio, la enviada a las agencias reguladoras.
 - ✓ Publicación/es científica/s generada/s por el estudio.
 - ✓ Información (tipo y modo) transmitida a los sujetos del estudio sobre los resultados de la investigación y sobre los que afecten directamente a su salud (si procede).

